

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 9 Juillet 1896, à 1 heure

Par RAINGEARD,

Né au Louroux-Béconnais (Maine-et-Loire), le 9 mai 1870.

Ancien interne des hôpitaux de Nantes
et de l'hôpital Saint-Joseph de Paris.

DES

MANIFESTATIONS CUTANÉES

DE L'ACTINOMYCOSE

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. { GRANCHER, professeur.
LETULLE, agrégé.
CHARRIN, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 9 Juillet 1896, à 1 heure

Par RAINGEARD,

Né au Louroux-Béconnais (Maine-et-Loire), le 9 mai 1870.

Ancien interne des hôpitaux de Nantes

et de l'hôpital Saint-Joseph de Paris.

DES

MANIFESTATIONS CUTANÉES

DE L'ACTINOMYCOSE

Président : M. DEBOVE, professeur

Juges : MM. { GRANCHER, professeur.
LETULLE, agrégé
CHARRIN, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

4. Rue Antoine-Dubois, 4

1896

413

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.	FARABEUF.
Anatomie.....		Ch. RICHET.
Physiologie.....		GARIEL.
Physique médicale.....		GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		N.
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		DIEULAFOY.
Pathologie médicale.....		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
Clinique médicale.....		SÉE (G.)
Maladies des enfants.....		POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux.....		GRANCHER.
Clinique chirurgicale.....		JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		FOURNIER.
Clinique ophthalmologique.....		RAYMOND.
Clinique d'accouchement.....		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILIAUX.
		BERGER.
		GUYON.
		PANAS.
		TARNIER.
		PINARD.

Professeur honoraire :

M. PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERRY.
ALBAIRAN.	GILLES DE LA TOURETTE.	NELATON.	THOINOT.
AND É.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BAR.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BONNAIRE.	HEIM.	travaux anatomi-	WALTER.
BROCA.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	REITERER.	WIDAL.
CHARRIN.	MARFAN.	RICARD.	WURTZ.
DELBET.	MARIE.	ROGER.	
GAUCHER.	MAYGRIER.	SEBILLEAU.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les discussions qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE.

A MES SŒURS, A MES FRÈRES.

A MES ONCLES :

MONSIEUR L'ABBÉ A. RAINGEARD
ET MONSIEUR LE DOCTEUR H. RAINGEARD.

A MA FAMILLE, A MES AMIS.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE NANTES.

A MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DES HOPITAUX DE NANTES.

A MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH DE PARIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE,

Membre de l'Académie de médecine,
Professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Andral,
Chevalier de la Légion d'honneur.

PRÉFACE

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le docteur Monnier, à l'hôpital Saint-Joseph, un cas d'actinomyose.

Bien que depuis quelques années, l'attention soit attirée sur cette maladie, les cas n'en sont pas encore très communs en France et dans la zone parisienne ils continuent à se faire très rares.

En plus de la curiosité qu'il pouvait exciter comme porteur d'actinomyose, notre malade a présenté des lésions vraiment intéressantes. L'attention fut attirée par les manifestations cutanées de la maladie : les lésions qui se montrèrent furent variées dans leur aspect, dans leur marche. Trois fois le diagnostic fut changé « car », comme l'a dit M. Poncet, « cela ne ressemblait à rien ».

Nous avons eu cette bonne fortune rare de voir sur un même individu se développer comme sur un terrain favorable les lésions multiples d'une même maladie. Nous avons vu ces lésions isolées et nullement défigurées par le voisinage les unes des autres. Ce que nous aurions pu chercher dans une nombreuse série de malades, nous l'avons vu réussi chez un seul.

La richesse pathologique de notre cas nous a donné l'idée

d'en faire notre thèse inaugurale et nous avons été encouragé dans cette voie par ceux qui ont bien voulu nous prodiguer leurs excellents avis.

Nous tenons à remercier M. le docteur Monnier, notre chef de service à l'hôpital Saint-Joseph, des conseils qu'il nous a donnés et de l'abandon qu'il nous fit du cas d'actinomycose à l'étude duquel nous nous sommes livré.

MM. les docteurs Tollemer et Macaigne ont mis à notre disposition leur inépuisable complaisance et leur profond savoir : nous voulons ici leur exprimer toute notre gratitude.

Nous ne pouvons oublier nos professeurs de l'école et des hôpitaux de Nantes, ainsi que MM. les docteurs de l'hôpital Saint-Joseph qui nous ont prodigué leurs enseignements pendant ces années d'étude.

Nous offrons à M. le docteur Debove l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour avoir bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

L'actinomycose est une affection relativement récente, même dans la pathologie animale où elle fut signalée pour la première fois. Ce n'est guère qu'en 1850, que Davaine signale la présence de grains actinomycosiques dans certains abcès du maxillaire du bœuf mais sans en soupçonner la nature : Robin et Laboulbène en 1853, Lebert en 1857 publient des observations analogues.

Il faut venir jusqu'à Rivolta qui, en 1868, puis en 1875, décrit minutieusement les éléments actinomycosiques et soupçonne leur nature parasitaire. En 1879, Harz démontra que cette maladie provenait d'un cryptogame auquel il donna le nom d'actinomycès.

Jusque-là l'actinomycose n'avait été signalée que dans la série animale et particulièrement chez le bœuf. En 1878, James Israël publie deux observations d'une maladie que Langenbeck assimile à l'actinomycose du bœuf. L'attention était attirée, des diagnostics rétrospectifs furent posés et démontrèrent que cette affection avait déjà été observée et confondue avec d'autres mieux connues.

Pendant quelques années, des confusions et des erreurs de

diagnostic furent encore causées par l'actinomyose. En 1879, paraissait un mémoire de Ponfick, les observations se multipliaient et on commençait à connaître la nouvelle maladie. En 1884, Firket en donnait une étude complète.

Depuis, les cas nouveaux sont constamment signalés, surtout en Allemagne, en Suisse, en Italie. En France, il n'en est pas de même : à peine si on en compte une cinquantaine, alors que l'étranger en signale plusieurs centaines. C'est la région lyonnaise qui fournit le plus grand nombre d'observations.

Notre intention n'est pas de nous lancer dans l'énumération de tout ce qui a été publié sur ce sujet pendant ces dix dernières années. Bien que l'attention soit éveillée sur cette affection, elle reste toujours une maladie peu commune et chaque cas nouveau a été le sujet d'études dont les résultats sont consignés dans l'ouvrage de MM. Guérmonprez et Bécue.

Les lésions cutanées ont une histoire encore plus récente. La peau n'était, le plus souvent, que prise d'une façon secondaire et dans une petite étendue : c'étaient des fistules qui venaient de la région profonde. Les lésions osseuses et viscérales occupaient le premier plan. De temps en temps, quelques cas cutanés étaient signalés, Bertha, Partsch, Braatz, Müller, etc., observaient de l'actinomyose primitive de la peau. Les lésions se ressemblaient toujours : c'était une tumeur rouge violacée avec des fistules plus ou moins nombreuses, plus ou moins profondes.

Depuis 1893, avec MM. Taburet, Dubreuilh, Sabrazès, Poncet, Dor, Derville, Monestié, etc., en France, l'actinomyose cutanée s'est enrichie de formes nouvelles et a pris une place plus importante dans les manifestations de la maladie. En même temps, de nombreux travaux étaient faits à l'étranger par MM. Kaposi, Braatz, Tilanus, Pringle, etc., et l'actinomyose cutanée, malgré les cas nouveaux apportés à son étude, gardait

une certaine uniformité dans ses manifestations. On n'assistait guère au début de son évolution et ses lésions sont parfois tellement éphémères qu'il faut un véritable hasard pour les surprendre.

Nous avons vu un malade chez qui ces lésions ont pu être observées et sans chercher à faire un travail d'ensemble, nous venons apporter ce cas nouveau à la suite de ceux amassés par nos prédécesseurs.

CHAPITRE II

Etiologie.

Nous ne voulons point non plus nous attarder sur la question d'étiologie. Que l'actinomyces soit puisé dans les abcès d'animaux atteints de cette affection, qu'il provienne directement des graminées, qu'un traumatisme lui ouvre une porte d'entrée ou préside à sa première manifestation, le cas que nous allons rapporter n'apportera point de preuves nouvelles à ce qu'on a déjà dit.

Nous avons un cas d'actinomycose cutanée. Nous n'avons que des renseignements très vagues sur le début. Il est probable que, comme dans le cas rapporté par Buzzi et Conti en 1885, il y eut inhalation de poussières chargées d'actinomyces et de là envahissement du poumon. Quant au traumatisme survenu plus tard, peut-être a-t-il, en créant un lieu de moindre résistance, aidé à la propagation plus rapide du mal.

L'étiologie est trop obscure pour être intéressante: elle est facile à présumer chez le fils d'un agriculteur avec la connais-

sance que l'on a du mode de contage habituel à ce champignon.

Nous renvoyons à l'excellent traité de MM. Guérmonprez et Bécue, car si nous voulions reprendre ce chapitre, nous ne pourrions mieux faire que de résumer ce qu'ils ont publié.

CHAPITRE III

Observation.

Le 4 janvier 1896, entrain à l'hôpital Saint-Joseph, le nommé G. Charles, âgé de 6 ans.

Le père de l'enfant est cultivateur à Colombes. Il est resté tuberculeux à la suite d'une pleurésie gauche qu'il eut, il y a quelques années. A force de soins, il garde un état général satisfaisant.

La mère est bien portante : elle déclare n'avoir jamais été malade. Elle n'a eu que deux enfants, celui qui nous intéresse et un autre plus âgé. Ce dernier jouit d'une excellente santé.

Le grand-père paternel est mort, il y a deux ans, d'un cancer de l'estomac.

G. Charles est venu à terme. L'accouchement s'est fait dans de bonnes conditions. Il a été élevé au biberon.

A l'âge de 14 mois, il aurait eu des convulsions. Celles-ci localisées dans le ventre, selon le dire de la mère, ne sont probablement qu'une explication de malaises non définis. Elles n'ont laissé aucune trace et l'enfant, dans la suite, jouissait d'une excellente santé.

Aucunes remarques n'ont été faites sur l'époque où il a marché et sur l'évolution des dents.

A trois ans et demi il tomba malade. La famille était alors à Vincennes où c'était écoulée l'enfance de cet enfant. On posa le diagnostic de fièvre typhoïde : et il dût garder le lit pendant deux

ou trois mois. Dès le début, on a remarqué qu'il était fatigué par une toux persistante.

La convalescence ne s'établit jamais d'une façon bien nette ; il resta maigre et délicat ; la toux, bien que plus rare, ne fut jamais guérie. Sur le conseil du médecin qui l'avait soigné, on ne l'envoya pas à l'école. Il restait toute la journée dans sa famille.

En plus de la toux, on remarqua qu'il était très altéré et plusieurs fois il fut surpris au moment où il allait étancher sa soif dans l'écurie, avec l'eau contenue dans les seaux où buvaient les chevaux.

A la fin de 1894 ou au commencement de 1895, il y eut dans cette écurie un cheval qui fut atteint de toux et d'une éruption cutanée. L'animal fut souffrant pendant deux ou trois mois. Le vétérinaire appelé conseilla aux parents de s'en débarrasser parce que, disait-il, ils pouvaient s'attirer des désagréments en le conservant. Le cheval guérit et fut vendu en très bon état de santé.

Ces renseignements sont assez vagues, comme tous ceux fournis par la mère : soit oubli, soit défiance, les réponses qu'elle nous donnait manquaient souvent d'exactitude et furent parfois reconnues fausses. Si nous rapportons cette histoire de cheval, c'est qu'elle a joué plus tard un rôle dans la recherche du diagnostic.

L'enfant vivait donc chez lui et, malgré le régime réconfortant auquel il était soumis, il n'arrivait point à recouvrer ses forces. Il ne souffrait point : la toux était assez rare pour n'être pas fatigante.

Au commencement de juillet 1895, il fit une chute. Il tomba sur le sol, à la renverse, d'une hauteur de trente centimètres environ. Il ne ressentit aucune douleur ensuite et dans les jours qui suivirent.

Une semaine après, il fut pris d'une sorte de scoliose à convexité gauche : la déviation se fit sans douleurs. Le médecin consulté ordonna des frictions et du massage.

Ce fut à cette époque que la famille quitta Vincennes pour aller habiter Colombes.

Dans cette localité apparurent les premiers symptômes cutanés : sur le bord interne de l'omoplate gauche et vers son milieu, il se

forma un abcès du volume d'une noisette et recouvert d'une peau violacée.

Au-dessous de cet abcès, il se produit une tumeur qui s'étend peu à peu dans tous les sens. Devenue volumineuse elle est ouverte ou s'ouvre spontanément et laisse écouler un pus grumeleux comparé à du sable par la mère de l'enfant.

Encore là, nos renseignements manquent de précision. Est-ce le pus de la tumeur ou celui d'un abcès ganglionnaire qui est ainsi décrit? c'est ce qu'il nous est impossible de dire. Il y eut un pus d'aspect particulier et cet incident eut lieu avant que le malade fut présenté aux médecins à qui nous nous sommes adressés pour avoir des renseignements.

L'ouverture de la tumeur, qu'elle fût spontanée ou accidentelle, ne produisit aucune amélioration. Le mal gagnait de proche en proche : les topiques employés ne semblaient produire aucun effet heureux. Un abcès se formait sur l'épaule gauche. La famille se décida à venir consulter dans Paris, M. le docteur Sainton.

M. Sainton nous a dépeint très obligeamment l'état où se trouvait alors l'enfant. Celui-ci était très maigre. Son aspect était celui d'un tuberculeux atteint de mal de Pott sous-occipital. La tête était inclinée sur l'épaule droite et la cyphose cervico-dorsale très accentuée. La marche était facile bien que la cachexie fut avancée.

Sur l'omoplate gauche, sur sa partie moyenne et venant jusqu'à la colonne vertébrale, on voyait une tumeur à peu près circulaire d'environ dix centimètres de diamètre. Son aspect était celui d'un fromage aplati. La surface était mamelonnée irrégulière ; la peau paraissait normale autant qu'on en pouvait juger sous la couche de topiques odorants et colorés dont elle est couverte (huile de cade, etc.) La tumeur glisse sur la paroi profonde et ne présente un peu de fluctuation qu'à sa partie inférieure. Quelques petits orifices à bords réguliers, décollés et bourgeonnants, laissent suinter un liquide sero-purulent très peu abondant.

M. Sainton, songeant probablement à quelque chose de spécifique, met l'enfant au régime de l'iodure et le renvoie à Colombes. Les topiques sont supprimés et la région est soumise à un nettoyage sérieux au savon.

M. Sainton revit plusieurs fois le malade à Colombes. L'abcès

qui évoluait sur l'épaule gauche est ouvert, il en sort un pus jaune bien lié et analogue au pus phlegmoneux.

L'état général se maintenait. La température axillaire ne dépassait pas 38°. Le pouls était très fréquent. Dès le premier jour où M. Sainton ausculta l'enfant, il découvrit un souffle assez fort dans la région moyenne du poumon gauche : à la percussion une zone de matité y correspondait. La toux était toujours rare, les crachats peu abondants : on avait affaire à une lésion pulmonaire ancienne à marche chronique. L'appétit et l'intelligence sont conservés et l'examen des urines est négatif. La tumeur, nettoyée, est bien recouverte de peau normale sur laquelle se montrent quelques ulcérations profondes isolées les unes des autres. L'iode ne produisait aucune amélioration ni du côté du poumon ni du côté de la tumeur. M. Sainton, après quelque temps d'observation, crut avoir affaire à une lésion tuberculeuse et se décida à pratiquer une opération.

Au commencement d'octobre 1895, l'enfant est chloroformisé. Une incision, d'au moins dix centimètres, ouvre la tumeur et une hémorrhagie en nappe très abondante se manifeste sur les surfaces de section. Le thermocautère arrête l'épanchement sanguin. Cette incision avait conduit sur un vaste décollement tapissé par une substance blanchâtre, caséuse, qui ne différait en rien, comme aspect macroscopique, de substance tuberculeuse ordinaire. Ces fongosités baignent dans un liquide séreux peu abondant. Les parois de la cavité sont soigneusement grattées et l'hémorrhagie se montre plus abondante qu'elle ne l'est ordinairement. La plaie est drainée, puis refermée. Le chloroforme avait été bien supporté.

La cicatrisation suit sa marche normale.

En même temps que cette plaie se refermait, il apparaissait tout autour du champ opératoire des tumeurs nouvelles. Les ganglions de l'aisselle gauche se prenaient et sur l'épaule du même côté se montraient des trainées noueuses d'aspect singulier. Un abcès dans l'aisselle gauche était ouvert et donnait du pus en assez grande quantité. Il n'y avait pas de fièvre.

Devant cette dissémination du mal à la région dorsale, l'aspect particulier des lésions, l'évolution apyrétique et rapide des abcès, M. Sainton, renonçant à son diagnostic, se remémora l'histoire du

cheval de Vincennes. Il songea au farcin, les trainées sus-scapulaires gauches lui faisaient penser aux trainées lymphatiques décrites dans cette affection. Il n'y avait aucun signe de jettage.

Il fit part de ses soupçons aux parents. Ceux-ci, effrayés de la contagiosité du mal, craignirent pour leur second enfant et cherchèrent à se débarrasser du petit malade. Il lui fallait des pansements fréquents, ses forces avaient décliné, ce qui lui faisait garder le lit une partie de la journée. C'est alors qu'il fut admis à Saint-Joseph le 4 janvier 1896, avec le diagnostic hypoihétique de farcinose.

Examiné à son entrée, il se présente dans un état d'affaiblissement considérable : il se fatigue vite et il ne se lève que quelques heures dans la journée. La cyphose cervico-dorsale est très accentuée : il ne reste que peu ou point de trace de la scoliose primitive. La tête est inclinée à droite : les moyens ordinaires d'exploration, ne permettent pas de reconnaître une altération quelconque des vertèbres : les apophyses épineuses ont conservé leurs rapports normaux et aucune douleur n'est manifestée à la percussion. La tête est immobilisée.

Dans la région dorsale, on voit des nodosités séparées par des espaces de peau saine et groupées en deux tuméfactions distinctes. Ces deux tumeurs principales sont séparées par la cicatrice rosée de l'opération. Cette cicatrice longue de onze centimètres, s'étend obliquement de haut en bas et de droite à gauche. La partie supérieure part d'un point situé un peu à gauche de la colonne vertébrale et au niveau de l'épine de l'omoplate, et elle aboutit à l'angle inférieur de l'omoplate gauche. D'un côté de cette ligne médiane, on peut décrire une tuméfaction gauche, et de l'autre une tuméfaction droite.

La tumeur de gauche est située sur l'omoplate, elle est ovalaire et mesure 9 centimètres dans son diamètre le plus grand, parallèle à la colonne vertébrale, et 4 centimètres dans le second diamètre perpendiculaire au premier. La peau est sur-levée, elle paraît normale : elle est parsemée de nodosités mollaïres que l'on peut situer sur deux lignes courbes verticales, la plus grande extérieure à l'autre. Ces nodosités sont nettement formées de deux parties : une partie périphérique représentée par un décollement et un sou-

lèvement des couches superficielles de la peau, qui paraît saine, et une partie centrale formant un cercle plus ou moins régulier. Cette partie centrale est représentée par une cuticule violacée tirant sur le bleu et tellement mince qu'elle laisse voir, par transparence, des grumeaux jaune rouge mobiles, dans un liquide séreux très peu abondant : on perçoit une fluctuation douteuse en ces points : ces tumeurs ne semblent pas communiquer les unes avec les autres, ni avec la tuméfaction qui les supporte. Elles n'ont ici, aucune tendance aux ulcérations.

La tuméfaction de droite est plus circulaire que celle de gauche : elle mesure 8 centimètres de haut en bas, le malade étant debout, sur 6 centimètres $1/2$ de large. C'est un vaste plateau saillant, rappelant par quelques points la tumeur opérée et décrite par M. Sainton. A côté de tumeurs à peau violacée, les unes saillantes comme les précédentes, les autres planes, on voit quelques ulcérations. Les unes à fonds jaunâtres, à bords décollés et violacés ; les autres taillées comme à l'emporte-pièce. Ces ulcérations semblent communiquer dans la partie profonde du derme. La peau de la région est toujours normale : elle est mobile, décollée : à la partie inférieure surtout, on sent une fluctuation profonde à peine sensible. Ce décollement n'existait pas du côté gauche, et là, pas plus qu'ici, on ne trouvait d'induration périphérique ou profonde. Les ulcères laissent suinter un liquide à peine purulent et si peu abondant que le pansement est sec lorsqu'on le refait tous les huit jours. Encore là, on observe une certaine symétrie dans la disposition des nodules et des ulcérations. En regardant la cicatrice et les deux tumeurs, on voit ces lésions superficielles à peu près disposées sur des courbes dont le centre correspondrait au champ de l'ancienne opération.

En dehors de ce groupement principal, on voit cinq plaques au dessous de l'extrémité inférieure de la cicatrice. Placées sur deux lignes verticales elles sont ovoïdes : régulièrement découpées dans la peau, elles présentent 1 à 2 centimètres de long sur 1 centimètre de large. Elles ne forment aucune tumeur sur la paroi et leur surface modifiée se continue sans ligne de transition avec la peau saine. Tantôt lisses, tantôt irrégulières, avec ou sans points jaunâtres, elles sont d'un rouge parfois très vif. On dirait les

nodosités précédemment décrites affaissées : comme celles-ci, ce sont des lésions sèches, parcheminées, au toucher : on dirait une lésion en voie de guérison.

Entre ces différentes localisations et surtout à gauche, on voit des plaques irrégulières, dépigmentées et sillonnées par des veinules assez volumineuses. On croirait voir des cicatrices de lésions guéries. Il n'en est rien, comme nous avons pu l'établir d'après les renseignements fournis par les parents. Ce sont des taches de vitiligo que les pansements au sublimé n'ont pas noirci comme toute la région avoisinante.

Telles sont les lésions du dos.

Comme nous l'apprennent les antécédents, à l'union de l'épaule gauche et du cou, avait été ouvert un abcès volumineux. On voit à ce niveau trois cordons parallèles : ils partent sensiblement de la tumeur dorsale gauche. Ils ont une direction commune pendant 5 à 6 centimètres, puis ils divergent. Le plus externe va se terminer sur l'acromion où il se perd dans la peau. Le moyen et l'interne croisent la clavicule pour aboutir à une plaque sternale. Ces cordons sont formés par une série de renflements limités à l'extérieur par une peau translucide, violacée, légèrement bleutée. On aperçoit par transparence, un ou deux grains jaunâtres qui flottent dans un liquide séreux. Autour de cette cuticule, sur un millimètre environ, la peau rouge, plus ou moins vif, relie ces nodosités et établit la continuité des lignes. L'orifice de l'ancien abcès est perdu dans ces replis : il n'existe aucun suintement à ce niveau.

Sous l'aisselle du même côté se voit un cordon analogue aux précédents : il part de la région supérieure de l'aisselle et se dirige en bas en crochet, c'est un cédille à convexité antérieure. Sa longueur est de 5 à 6 centimètres. Là encore un abcès s'est ouvert et il existe une fistule qui donne lieu à un léger suintement.

Sur la région sternale, au point où aboutissent les cordons de l'épaule, au niveau du manubrium, on voit deux ou trois ulcérations à bords irréguliers, non décollés, le fond est jaunâtre et la peau qui les sépare est d'un rouge violacé. La suppuration est très peu abondante.

Telles sont les lésions cutanées que présente notre malade, partout où elles se sont développées, la peau est d'une sensibilité

extrême : le moindre frôlement est douloureux. L'enfant a pris l'habitude de se déplacer, tout d'une pièce, afin d'éviter tout frottement du pansement sur les régions atteintes.

Les sensations de chaud et de froid sont confusément perçues dans le dos.

Les hémorrhagies se produisent avec la plus grande facilité : en renouvelant le pansement, il arrive que le pourtour des ulcérations se met à saigner : l'écoulement sanguin dure quelques minutes puis s'arrête spontanément.

L'examen des organes profonds est difficile. La percussion des poumons est rendue malaisée par la grande sensibilité du malade : on trouve pourtant, vers le milieu du poumon gauche, une zone de matité assez étendue. A l'auscultation, la respiration est exagérée à la base du poumon droit et, à gauche, un souffle très accentué se fait entendre vers la partie moyenne du poumon et en arrière. En avant, les renseignements fournis sont les mêmes. L'enfant tousse, peu, il est vrai. Les crachats sont rares, spumeux et non purulents.

Le cœur est normal.

Le ventre est tendu, non dépressible. Le foie ne peut être que difficilement délimité par la percussion, il semble normal, ainsi que la rate. La peau de l'abdomen est particulièrement sensible, bien qu'on n'y remarque aucune lésion.

Les ganglions cervicaux et cruraux ne sont pas sentis.

Le squelette des membres est normal : la colonne vertébrale présente une cyphose cervico-dorsale assez prononcée et l'inclinaison de la tête sur le côté droit paraît être due à la contracture des muscles de la région.

L'appétit est conservé et bon ; en temps ordinaire, les fonctions digestives s'accomplissent bien : parfois il se déclare une légère diarrhée.

L'intelligence est entière et bien développée. L'enfant ne se plaint d'aucune douleur du côté du cerveau. Les réflexes rotuliens sont exagérés.

A son entrée, il avait un peu de coryza.

Les antécédents et le peu d'effet du traitement ioduré avaient fait rejeter l'idée de syphilis et d'actinomycose. L'aspect des lésions et leur développement rapide post-opératoire éloignait l'idée d'

tuberculose. L'histoire du cheval malade reprit encore le dessus et le diagnostic de farcin fut maintenu en attendant mieux : l'enfant est isolé et mis en observation.

Dès son entrée dans le service, notre malade portait un abcès situé à la partie supérieure et médiane de la nuque. On comptait sur le pus de cet abcès pour faire le diagnostic. Cette tumeur se développe sans fièvre et sans douleurs : elle grossit rapidement et, le 15 janvier, jour où elle est ouverte, elle avait atteint le volume d'un gros œuf de poule. L'incision donne issue à un pus jaune et bien lié, ne différant en rien comme aspect macroscopique du pus phlegmoneux. La cavité fut lavée au sublimé et drainée.

Le pus avait été recueilli directement par M. Meslay, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Joseph, qui l'examina et, le 19 janvier, donnait les résultats suivants :

- « 1° Examen direct du pus sur lamelles au moyen du violet de gentiane, bleu de Kühne et bleu de toluidine phéniqué acétique :
- « aucun microbe décelé sur six lamelles larges examinées.
- « 2° Examen négatif, également au point de vue bacillaire, par la méthode de Ziehl au point de vue tuberculeux.
- « 3° Les cultures faites sur bouillon, gélose, pomme de terre, n'ont rien donné. Les tubes restent intacts, bien qu'ils soient à l'étuve depuis cinq jours et que ce temps soit suffisant pour la culture du bacille morveux.
- « En résumé, au point de vue bactériologique, le pus recueilli s'est comporté absolument comme font les pus d'abcès tuberculeux où l'on ne retrouve pas le bacille de Koch le plus souvent.
- « Un examen purement négatif ne peut cependant pas être déclaré absolument concluant. »

Le malade fut encore isolé quelque temps, puis mis dans la salle commune. Le diagnostic penchait du côté de la tuberculose et, comme il ne présentait aucun phénomène de jettage, ce transfert fut jugé possible.

Les forces déclinaient de jour en jour. Bientôt il ne sortit plus du lit qu'à de rares instants. L'appétit s'en allait. Les lésions pulmonaires restaient stationnaires : celles du dos se modifiaient.

Au commencement de février, tandis que les lésions dorsales gauches restaient les mêmes, on notait du côté droit une augmen-

tation manifeste des ulcérations. Deux de celles-ci s'étaient réunies à la partie inférieure de la tumeur. Ces ulcérations, à bords décollés, offraient sur leur fond une teinte jaune souvent très riche.

La plaque sternale s'agrandissait également : là, les ulcérations restaient stationnaires, mais une tache rouge vif et nettement séparée du tissu sain envahissait peu à peu le derme. La coloration seule existait, aucun relief n'était sensible.

Les pansements continuaient à se faire tous les huit jours et il n'y avait qu'un suintement très léger au niveau des ulcérations.

Ce fut alors qu'après audition d'une conférence de M. Landouzy sur la malléine, il nous vint à l'esprit d'essayer sur notre malade l'effet de ce réactif et d'en faire un sujet de thèse. Ce projet fut communiqué à M. le docteur Monnier, chef du service des enfants. M. Monnier l'approuva et nous fit l'abandon du sujet.

Comme nous parlions de cela à M. le docteur Tollemmer, il fut surpris d'un résultat négatif des recherches bactériologiques dans un cas de farcin et il nous conseilla de faire, s'il était possible, un second examen avant de tenter quoi que ce fût. L'abcès à grains de sable l'avait frappé dans l'observation et lui donnait l'idée d'actinomyose.

Le 29 février 1896, M. Tollemmer venait examiner lui même le sujet. Celui-ci avait rejeté pendant la nuit des crachats striés de sang : sa faiblesse était grande et il se déclarait fatigué pendant les quelques minutes nécessaires à son pansement.

M. Tollemmer trouve à l'auscultation quelques craquements au sommet du poumon gauche en plus du souffle déjà signalé. Les ulcérations dorsales droites se sont agrandies. L'abcès sous-occipital, ouvert en janvier, suinte toujours et ne paraît pas disposé à guérir. La plaque sternale atteint un assez grand développement. Cette plaque, d'un rouge très vif, est absolument lisse : ses bords sont sinueux, ni saillants ni déprimés : ils tranchent nettement sur la peau voisine. A la partie supérieure se voient les ulcérations profondes primitives, à bord déchiqueté et à fonds sanieux jaunâtres.

M. Tollemmer prend à grand'peine un peu de sérosité dans les pustules à peau violacée ; cette sérosité contenait des grumeaux

volumineux; d'un millimètre de diamètre environ, rougeâtres au centre et jaune clair à leur périphérie. Ces grumeaux entrent difficilement dans les pipettes : ce sont eux qu'on voyait par transparence. Nous remarquons que la pellicule qui ferme les pustules est indolore et très vasculaire.

Les deux pipettes ne contenaient que quelques gouttes de sérosité. Elles ne purent être mises à temps entre les mains de M. le docteur Macaigne qui en devait faire l'examen : le contenu se dessécha et fut perdu : les essais de culture faits avec lui ne donnèrent rien.

Trois jours après, le 3 mars, le pus est de nouveau recueilli. Cette fois, la chose est beaucoup plus facile. A gauche, les pustules ouvertes s'étaient affaissées et, de même qu'à droite, partout où la pipette avait pénétré avec effraction, il s'était formé une sérosité louche assez abondante. Elle fut recueillie et analysée.

Le 7 mars, M. Macaigne nous donnait le résultat de ses recherches et le diagnostic d'actinomyose cutanée était définitivement posé.

Le 8 mars le traitement ioduré est établi.

En plus des lésions déjà décrites on trouvait dans la région post auriculaire gauche, une tumeur qui soulevait le cuir chevelu. Elle était large comme une pièce de cinq francs, indolore et molasse. Sur l'épaule gauche on sentait sous la peau une double nodosité ; c'étaient deux petits grains accolés de trois à quatre millimètres de long sur un à deux de large. Nous avions observé déjà un grain semblable sur l'épaule droite ; sa présence s'était trahie par une douleur vive ; il avait brusquement disparu.

L'enfant prend un gramme cinquante centigrammes d'iodure par jour. On cherche à le remonter par un régime fortifiant. Le lait forme à ce moment le fond de son alimentation.

Le 9 et le 10 mars l'enfant est très somnolent, il se plaint d'éprouver pendant la nuit un malaise qui l'empêche de dormir.

Le 11 mars, l'assoupissement continue ; la dose journalière d'iodure est amenée à 1 gramme.

Le pansement qui n'avait pas été touché depuis le 8 mars est défait. Déjà le double grain sous-cutané de l'épaule tend à disparaître. Les vésicules, surtout celles du côté droit se modifient, elles

s'affaissent, la cuticule perd de sa transparence et bleuit. Dans tous les points où l'on avait cherché à prendre de la sérosité et où l'on avait ouvert des lésions fermées apparaissent au milieu du pus des grains particuliers : ce ne sont pas les grains jaune rougeâtre, vus par transparence sous la cuticule violacée des pustules, mais de petits grains jaune d'or, gros comme une tête d'épingle et ne donnant au doigt qui les palpe aucune sensation de résistance ; ils sont en très grande abondance et sont entraînés par le pansement. Les ulcérations anciennes et les fistules du dos n'en donnent pas. Le pansement se fait depuis quelque temps à la gaze salolée et sans iodoforme. La suppuration a notablement augmenté.

Le 12 mars, l'état somnolent continue. La diarrhée se montre assez abondante et les matières contiennent des filets de sang ; une potion astringente au sous-nitrate de bismuth en a facilement raison.

Le 13 mars, l'enfant qui ne sortait plus du lit depuis quelque temps est levé à une heure de l'après-midi et il est conduit à Saint-Louis pour y subir le moulage. M. Baretta le trouve trop faible et craint un accident au moment où on enlèverait le plâtre. On se contente de prendre des grains d'actinomyose et de la sérosité des pustules non ouvertes.

L'amélioration est très sensible du côté des lésions cutanées. Les cordons qui faisaient saillie sur l'épaule gauche se sont affaissés, le plus externe est même complètement plat. Le même affaissement se remarque du côté des tubercules dont la coloration bleue tend à disparaître. Les douleurs au toucher sont moindres et l'enfant se laisse facilement examiner. La tumeur post-auriculaire gauche est en voie d'effacement.

Sous l'influence d'un nettoyage au savon et d'un pansement au salol, la peau s'est un peu éclaircie ; on remarque une circulation veineuse très active dans la région dorsale et surtout à gauche, au point correspondant à la zone de matité pulmonaire.

Le malade supporte ce jour là, sans grande fatigue, une heure et demie de voiture et plus d'une heure d'examen.

L'iodure avait été abaissé à soixante-quinze centigrammes par jour ; les crampes nocturnes ont disparu. Le médicament est continué à cette dose.

Le 16 mars, le malade a des vomissements attribués aux boulettes de viande crue qu'on lui donnait, elles sont supprimées.

Le pansement qui n'avait pas été touché depuis le 13 mars est refait; il a une odeur repoussante et on trouve en avant une grande quantité d'un pus noir et très liquide contenant de nombreux grains d'actinomycose. Ce pus vient de la région sternale. Une des ulcérations à gauche du sternum et au niveau du troisième espace intercostal s'est creusée; elle est bouchée par une sorte de fongosité qui se soulève pour laisser passer le pus; celui-ci jaillit par cet orifice au moment des grandes inspirations, comme s'il s'agissait d'une poche sous-pleurale. Des orifices analogues mais plus petits, situés à peu de distance du premier donnent issue au même liquide. La plaque sternale est d'un rouge splendide et des ulcérations très superficielles et très fines se montrent à sa surface.

Les lésions gauches du cou et du dos s'affaissent de plus en plus; les grains jaunes disparaissent dans les tumeurs non ulcérées. Les pustules dans lesquelles on avait introduit des pipettes se sont ulcérées, en général, superficiellement, quelques-unes à droite, en creusant. Leur fond est jaune grisâtre; elles suppurent et produisent de nombreux grains d'actinomycose. Les lésions ulcérées anciennes augmentent de plus en plus, elles suppurent peu et ne produisent pas de grains d'actinomycose.

Sous l'aisselle gauche on remarque le même affaissement des lésions que sur l'épaule du même côté. La tumeur post-auriculaire gauche tend à disparaître. On ne sent plus les grains sous-cutanés.

L'état général est toujours le même, l'abondance et la fétidité de la suppuration nécessitent un pansement journalier.

Le 17 mars, il se forme dans l'aisselle gauche deux ou trois ulcérations qui donnent passage à une grande quantité de pus semblable à celui qui s'écoule par les fistules sternales.

C'est à ce moment que M. Méheu prend l'aquarelle de la lésion dorsale puis la photographie de l'enfant. Déjà les tumeurs se sont profondément modifiées.

Le 18 mars, dans l'espace d'un jour, il se forme un abcès volumineux sur l'épaule droite, à la naissance du cou. C'est sur cette épaule qu'était apparu jadis un tubercule sous-cutané très douloureux qui avait disparu en quelques jours.

L'abcès est ouvert, il en sort un pus épais, visqueux, jaune et bien lié. Des bulles de gaz semblent s'échapper en crépitant, à moins que ce ne soit de l'air emprisonné, car les mouvements de la tête arrêtent ou font couler le pus. On n'aperçoit qu'un ou deux grains d'actinomyose ; on place un drain. Ce pus n'est pas examiné au microscope.

La plaie sternale continue de suppurer mais avec moins d'abondance. Les ulcérations dorsales droites augmentent toujours ; elles sont traitées au nitrate d'argent, ce qui est très douloureux. La même douleur se retrouve lorsqu'on injecte une solution iodo-iodurée dans les pustules.

L'état général est le même.

Le 21 mars, la suppuration est abondante par la fistule de l'épaule droite et par celles du sternum. Une de ces dernières a augmenté de diamètre, elle paraît taillée à l'emporte-pièce et aucune fongosité n'obstrue sa lumière. Les orifices axillaires gauches suppurent moins.

Les ulcérations superficielles de la plaque sternale se sont aggrandies ; elles demeurent stationnaires et sont envahies par les grains d'actinomyose d'un jaune vif.

Dans la région dorsale droite les ulcères s'étendent de plus en plus ; leur fond jaunâtre ne paraît aucune tendance à se cicatriser. Du côté gauche, au contraire, la tumeur a presque complètement disparu ; il se forme des croûtes sur les ulcères superficiels. Les lésions cervicales gauches diminuent de plus en plus.

L'introduction de solution iodo-iodurée dans les pustules est continuée, ainsi que les attouchements de nitrate d'argent sur les ulcères. Cette thérapeutique ne paraît pas produire d'effet ; elle est toujours très douloureuse.

L'état général est stationnaire.

Le 24 mars, le malade a des vomissements aussitôt après l'ingestion des aliments. S'il reprend de la nourriture à la suite d'un pareil accident, il conserve les nouveaux aliments introduits.

Les ulcères superficiels du sternum se sont un peu agrandis, leur fond est recouvert de grains d'actinomyose jaune d'or.

A l'auscultation, on trouve les lésions pulmonaires toujours identiques.

On observe un vaste détachement d'épiderme sur le flanc gauche : le derme, mis à nu, se couvre de gouttelettes de sang : cette hémorrhagie ne dure qu'une à deux minutes. La partie dénudée est très sensible. Nous attribuons cette lésion à une brûlure superficielle bien que le malade n'eût point trouvé trop chaud le sublimé employé aux lavages. Déjà nous nous étions aperçus qu'il ne faisait point de différence entre des topiques chauds ou froids appliqués dans cette région.

26 mars. Dans la partie inférieure de la tumeur dorsale droite une vaste ulcération atteint quatre ou cinq centimètres de diamètre. Les bords sont amincis, décollés, irréguliers. Ils sont violacés et nettement formés par la réunion d'ulcères de forme arrondie. Le fond est jaunâtre, caséux. Sur ce fond, on voit des taches grisâtres d'un demi centimètre de diamètre qui correspondent aux ulcères primitifs : on en trouve cinq à six. A certains endroits, il existe des restes de cloisonnement qui, partant de la périphérie, vont, sous forme de languettes rosées, se terminer plus ou moins près du centre. Ces travées sont surtout visibles à la région supérieure. Les grains jaunes d'actinomyose font complètement défaut ici.

Les ulcérations superficielles disparaissent. Leur fond devient grisâtre, les grains d'actinomyose ne se forment plus, la suppuration s'arrête. Il se forme une croûte hémorrhagique.

Les fistules sternales et axillaires gauches continuent de donner un pus noir et fétide en grande abondance. Les grains d'actinomyose y sont plus rares.

Les ulcérations sternales restent superficielles, leur fond jaune est devenu grisâtre.

Les autres lésions ont disparu ou se sont affaissées. La tumeur post-auriculaire gauche a disparu ainsi que les grains sous-cutanés de l'épaule. Les plaques superficielles que nous avons décrites dans la région inférieure du dos, à gauche, ont pris une teinte bleue, puis se sont effacées. Les grains rougeâtres disparaissent au niveau des pustules dorsales et des trainées cervicales. La peau dans ces endroits, semble reprendre ses caractères primitifs. La brûlure du côté gauche se répare sans suppuration ni croûte.

Les vomissements se montrent de temps en temps.

29 mars. Nous nous absentons quelques jours. Le malade ne paraît pas s'être beaucoup affaibli depuis un mois.

Les lésions dorsales gauches ont disparu : quelques croûtes seules témoignent de leur existence. Les lésions superficielles de la tumeur dorsale droite sont également guéries. Les ulcères profonds sont restés stationnaires ou ont augmenté et se sont fusionnés comme à la partie inférieure. La tuméfaction, après s'être un peu affaissée, a gardé une légère saillie et l'on sent la peau saine glisser sur le tissu sous-jacent : il y a très peu de suintement. Les grains d'actinomyose ont disparu des lésions dorsales, du moins ne sont plus visibles à l'œil nu.

Les cordons de l'épaule n'existent plus. Les fistules axillaires gauche et du sternum donnent toujours un pus noir et fétide où les grains jaunes sont devenus très rares. La plaque sternale commence à pâlir et les ulcérations superficielles, à bords bleutés et à fond gris, sont stationnaires.

L'état pulmonaire est le même.

L'enfant meurt le 3 avril 1896, à minuit. Depuis quelques jours, il présentait une diarrhée très abondante. L'appétit avait complètement disparu.

Deux jours avant la mort, il fut pris d'une sudation excessive et il tomba dans un état somnolent.

Les plaies et la suppuration ne s'étaient pas modifiées. Les abcès ouverts le 15 janvier et le 18 mars, avaient laissé des fistules. Le premier suintait à peine, le second donnait une assez grande quantité de pus : celui-ci n'avait pas la teinte noire, ni l'odeur infecte du pus sternal.

Autopsie.

L'autopsie est faite le 4 avril 1896, par M. Mérand, interne du service.

De taille plutôt élevée pour son âge, l'enfant était arrivé à un état d'émaciation extrême. L'amaigrissement était surtout considérable aux membres.

Le front sillonné de quelques rides transversales, les traits amincis lui donnent l'air vieillot. Les joues avaient cependant conservé une partie de leur relief. Sur le front se voyait une large plaque de vitiligo, elle en occupait la région médiane et s'était développée dans les dernières semaines qu'avait vécu notre malade.

Les côtes et le sternum faisaient relief sous la peau ainsi que les clavicules et les omoplates. Le ventre était tendu, ridé, mais non ballonné.

Les bras, à l'insertion inférieure du deltoïde, atteignaient la grosseur du pouce, c'est-à-dire sept centimètres de circonférence, les doigts étaient amincis, allongés, renflés à leur extrémité.

La saillie des muscles fessiers avait disparu en partie. Aux cuisses, les vaisseaux superficiels soulevaient la peau flasque. Dans sa partie la plus charnue, la cuisse présentait un diamètre maximum de quatre centimètres. Les genoux et les chevilles tranchaient par leur volume sur les parties voisines décharnées.

Tout le corps rappelait celui d'un vieillard.

Dans le dos, il ne restait de lésions cutanées qu'à droite et quelques croûtes très superficielles à gauche.

À droite, à côté des lésions superficielles guéries, se trouvaient les ulcères profonds. Les uns stationnaires, les autres à marche phagédénique. Ces ulcères reposent sur du tissu cellulaire infiltré d'une couleur jaune vif. Au-dessous, les muscles sont intacts, mais des travées cellulaires dégénérées s'enfoncent profondément entre les plans musculaires. Une portion de peau est enlevée à ce niveau : elle comprend une partie de l'ulcère inférieur dorsal droit. Cette pièce est composée de la peau ulcérée en partie décollée, du tissu cellulaire modifié et de la peau saine voisine.

On voyait encore sous l'occipital une fistule provenant d'un abcès ouvert le 15 janvier 1896. Un léger suintement se faisait à ce niveau.

En avant, à gauche, au-dessous de la clavicule et près du sternum, se trouvait un orifice donnant issue au pus noir et fétide. Cette fistule communique avec la plèvre au niveau du troisième espace intercostal gauche et atteint alors le volume du petit doigt. À ce niveau, il existe un décollement considérable du grand

pectoral ; le muscle est en partie détruit, couvert de plaques grises ardoisées et baigne dans un pus fortement coloré. La fistule sous-axillaire gauche est, avec la fistule sternale, en communication directe avec cette collection.

Le trajet situé sur l'épaule droite, reste d'un abcès ouvert le 18 mars 1896, ne communique pas avec la plèvre, mais avec une poche sous cutanée qui s'étend jusqu'à la fosse sus-épineuse du même côté. Le tissu cellulaire infiltré et des trajets purulents vont sous les muscles de la région. Ceci explique le torticolis et l'issue du pus aux mouvements que faisait la tête de l'enfant

On ouvre le thorax :

Le poumon gauche est adhérent à la paroi antérieure par des lames cellulaires minces. En arrière il y a symphise totale et on ne peut avoir le poumon qu'en le déchirant surtout au niveau du sinus costo-vertébral. Il y a de même, adhérences, mais moins fortes avec le diaphragme. La plèvre contient environ 300 grammes d'un pus noir et fétide où agissent quelques grains d'actinomycose.

A droite on ne trouve des adhérences qu'en arrière et au niveau du sommet.

Le sinus costo-vertébral gauche est sur toute sa hauteur d'une couleur granitée : des taches claires marquent sur un fond ardoisé : la plèvre est très épaisse en cet endroit. On retrouve une plaque identique à droite au niveau des adhérences du sommet.

La cavité abdominale ne présente rien de particulier.

On trouve à l'ouverture du crâne une sérosité assez abondante et de légères adhérences méningées.

Au niveau des premières vertèbres dorsales, on enlève l'arc vertébral postérieur correspondant à deux apophyses épineuses. La séparation est difficile, les corps vertébraux laissés en place paraissent sains.

Les différents organes sont examinés macroscopiquement.

Le cerveau ne présente rien à la coupe ; les méninges ne paraissent point enflammées ni congestionnées. Les enveloppes médullaires au niveau des premières dorsales sont très épaisses surtout dans leur région postérieure. Les points jaunes actinomycosiques se montrent dans leur épaisseur après un séjour de quelque temps dans l'alcool.

Le pus de la plèvre gauche est de couleur sombre, fétide : il renferme quelques grains d'actinomycose.

Le poumon droit paraît sain sauf en un point postéro-supérieur de son premier lobe : point qui correspond à ses adhérences pariétales. Là il est résistant : à la coupe on reconnaît les ouvertures des bronchioles et des vaisseaux ainsi que celles de cavernules. La pression fait sourdre un liquide muqueux.

Le poumon gauche est complètement infiltré sauf le lobe inférieur. Celui-ci est encore perméable et souple sur son bord antérieur. La densité de la région envahie est moindre dans ce lobe qu'au lobe supérieur. On trouve dans les parties souples de petits noyaux indurs au centre desquels on peut voir un ou plusieurs grains d'actinomycose. Si on fait une coupe de la partie indurée, le poumon est ardoisé et parsemé de petites cavernes d'un ou deux millimètres de diamètre. On ne trouve nulle part des foyers ramollis. La pression fait rendre par les bronches intactes un liquide spumeux : l'hépatisation est considérable, surtout dans la rainure costo-vertébrale. Les tissus sont là manifestement plus lourds que l'eau.

Là encore, au bout de quelques jours, la pièce mise dans l'alcool absolu, présentait sur ses faces de section des trainées de grains actinomycosiques. Ces trainées séparaient la surface en lobes et en lobules d'une façon très nette. Les grains disparurent, probablement par suite de frottements et la coupe reprit son aspect ardoisé primitif.

A la base de la bronche gauche se voient cinq à six ganglions volumineux mesurant un demi-centimètre de long sur deux à trois millimètres d'épaisseur. Leur densité est moyenne.

Le cœur ne présente aucune lésion.

Le foie et la rate sont normaux.

Les reins sont inégaux : leur coupe ne décèle aucune altération macroscopique.

L'intestin examiné ne présente aucune lésion saillante. M. Macaigne avait recherché l'actinomycose dans les selles et n'avait rien trouvé.

Les crachats n'ont point été examinés au microscope : ils ne

furent jamais purulents, mais ils présentèrent de fines granulations jaunes après que le traitement ioduré eût été commencé.

Aucune lésion osseuse n'est découverte au cours de l'autopsie.

Les poumons, les ganglions pulmonaires, les enveloppes médullaires et le fragment de peau prélevés sur le cadavre furent confiés à M. le docteur Macaigne, non en totalité, mais en quelques-unes de leurs parties. Les coupes obtenues furent présentées à la Société anatomique dans sa séance du 1^{er} mai 1896.

Examen histologique de la peau.

M. le docteur Macaigne, après avoir examiné les pièces que nous lui avons portées, nous communiqua cette note sur le sujet qui nous intéresse :

Ainsi que le mentionne l'observation, les lésions cutanées étaient très modifiées par le traitement.

Le fragment qui a servi à l'examen comprend une zone de tissu malade et une portion de peau saine.

A un faible grossissement on voit donc : le revêtement épithélial normal (portion saine) s'aplatir de plus en plus pour venir constituer la pellicule fine qui recouvre la lésion spécifique.

Dans son épaisseur, la coupe présente deux zones : 1^o une zone profonde, blanche et dure à l'œil nu, constituée de bandes fibreuses, épaisses et fermes ; 2^o une zone superficielle qui comprend la lésion principale et occupe le derme.

Au point de vue histologique, la lésion consiste dans l'existence d'un tissu conjonctif aréolaire, à mailles allongées parallèlement à la surface, et limitées par des lames conjonctives et comme dissociées. Dans les mailles sont disséminés des leucocytes en nombre variable, accumulés souvent autour des vaisseaux et formant alors des nappes embryonnaires sans contours précis et diffusant irrégu-

lièrement le long des travées conjonctives. Les vaisseaux capillaires y sont nombreux.

En approchant de la cuticule superficielle, les leucocytes se colorent de plus en plus mal, ainsi que le tissu conjonctif : si bien que sous la cuticule épidermique il ^{lui} y a une zone se colorant mal. C'est dans cette zone superficielle que se trouvent les éléments d'actinomycose.

Ces éléments sont d'ailleurs très rares : ce sont tantôt des filaments isolés, tantôt des groupes de deux à trois filaments enchevêtrés, pas davantage ; il n'y a pas de grains compacts et pas de réaction inflammatoire nodulaire autour de ces parasites.

Par contre, il existe de nombreux foyers de microbes d'infection secondaire. Ces microbes qui semblent des staphylocoques, associés peut-être aux streptocoques, ne sont pas disposés au hasard : ils sont accumulés dans les vaisseaux capillaires, peut-être aussi dans les vaisseaux lymphatiques dont ils marquent le trajet par une véritable injection massive.

Cette injection microbienne des petits vaisseaux s'est présentée avec les mêmes caractères, soit dans le poumon sclérosé, soit dans la pachyméningite.

Nous voyons combien a été radical l'effet de l'iodure puisque la lésion n'est plus guère composée que d'altérations où résident des microbes étrangers.

Nous signalerons également la présence d'actinomycose vers la cuticule superficielle. Nous retrouverons cette localisation dans les formes cliniques. Il semble que dans ces régions extrêmes l'action de l'iodure se fasse moins bien sentir ou que le champignon y ait une existence moins précaire. Là encore l'examen clinique confirmera ces données microscopiques. L'érythème le plus superficiel dû à l'actinomycose est celui qui a paru le mieux résister au traitement ioduré interne comme on l'a observé sur la plaque sternale.

CHAPITRE III

Division du sujet.

L'autopsie et l'examen histologique jettent sur notre malade un jour nouveau. Les lésions pulmonaires sont trop anciennes et trop étendues pour n'avoir pas précédé de beaucoup les altérations cutanées. On se souvient qu'à l'époque où il fut atteint de fièvre muqueuse, il présentait des symptômes pulmonaires qu'il conserva toujours. C'était à ce moment que le mal a dû débiter.

Alors il n'aurait pu prendre l'actinomycose au contact du cheval : et en admettant que celui-ci fût atteint de cette maladie, il pouvait y avoir un lieu de contagion identique, l'écurie, et rien de plus. D'ailleurs l'infection primitive étant pulmonaire : l'agent infectant a dû être des poussières chargées d'actinomycètes.

Il est même possible qu'on se soit trouvé en présence d'une invasion pulmonaire actinomycosique avec symptômes typhiques.

Le poumon gauche est le plus lésé : il a dû être le premier atteint. Le champignon a envahi la plèvre viscérale, il en est résulté une inflammation qui a amené des adhérences avec la plèvre pariétale puis la symphyse postérieure du poumon. L'in-

vasion du germe infectieux continuant sa marche, toute la paroi fut bientôt infiltrée. Les muscles semblent avoir été ménagés et le tissu cellulaire avoir servi de milieu de propagation : alors se forma la vaste tumeur cutanée opérée par M. Sainton.

Bien avant le poumon droit avait été envahi soit secondairement soit en même temps et alors les lésions auraient marché beaucoup moins rapidement de ce côté. La symphyse du lobe supérieur se produisait et par le tissu de conjugaison, à droite comme à gauche, le canal rachidien se trouvait envahi.

Le traumatisme opératoire ouvrit des voies nouvelles à l'agent infectieux et la lésion se dissémina à la superficie du derme. En même temps le mycélium venant du poumon formait de nouvelles tumeurs dorsales. Le tissu cellulaire sous-pectoral gauche était envahi, le muscle attaqué ainsi que le tissu cellulaire cervical droit sous-aponévrotique.

Les symptômes médullaires passent inaperçus : on ne songe point à rapporter à la pachyméningite l'exagération des réflexes rotuliens. Le système osseux paraît intact, les lésions pulmonaires semblent stationnaires. Seules les lésions cutanées attirent fortement l'attention. Nous les voyons se développer parfois et parfois se modifier. Nous cherchons à les guérir aussitôt que le diagnostic est posé.

Sans dédaigner ce que notre malade présentait d'intéressant au point de vue médullaire et pulmonaire, nous nous localiserons dans les formes cutanées. Elles nous ont paru s'éloigner souvent des types d'actinomyose observés en France jusqu'à ce jour. Nous chercherons à les décrire avec autant de netteté qu'il nous sera possible, à les classer d'après les similitudes qu'elles présenteront et à montrer leur évolution spontanée et l'effet du traitement sur chacune d'elles.

Puis en reprenant les tumeurs actinomycosiques déjà décrites nous verrons s'il est possible de diagnostiquer l'actino-

mycose à première vue et quels sont les signes qui peuvent la faire reconnaître ou soupçonner.

Nous laisserons de côté les vastes décollements que nous avons trouvé dans le grand pectoral et dans le cou. Nous ne décrirons que les lésions cellulaires qui peuvent, par leur développement, donner naissance à des formes cutanées.

CHAPITRE IV

Classification.

Les lésions d'actinomyose cutanée présentées par notre malade, nous ont paru se ranger en plusieurs types bien définis. Nous nous appuyerons pour faire cette classification sur l'aspect qu'ont présenté ces lésions pendant le temps qu'il nous a été donné de les observer et sur la façon dont elles se sont modifiées sous l'influence du traitement ou de leur évolution propre. La plupart de ces lésions ayant guéri, il nous a été impossible d'en faire l'examen microscopique et de prendre une base plus sérieuse que la simple observation pour les classer.

Lorsqu'on examinait le sujet avant que tout traitement fût institué on était surpris par la diversité d'aspect que présentaient les tumeurs. Ici on trouvait des vésicules recouvertes d'un mince tégument bleuâtre et tranchant d'une façon nette avec les parties voisines. Là se voyait une plaque ovale violacée ou d'un rouge vif. Dans ces sortes de lésions la peau seule semblait altérée. Plus loin on sent des lésions profondes et des fistules montrent qu'aux altérations cutanées s'ajoutent celles du tissu cellulaire sous-jacent. On peut voir la peau saine glisser sur des lésions sous-jacentes sans qu'il soit possible de

dire si elle n'est pas altérée dans ses parties profondes. Le plus souvent ces lésions se combinent entre elles et se modifient plus ou moins par leur voisinage.

Nous considérerons ces lésions sous les formes suivantes :

- 1° La forme cutanée proprement dite;
- 2° La forme sous cutanée;
- 3° La forme cellulo-cutanée;
- 4° Les formes associées.

Dans la forme cutanée, la peau se meut sur le tissu cellulaire : les lésions qu'elle supporte n'adhèrent point au tissu profond même si celui-ci est altéré. Les altérations profondes et superficielles sont indépendantes à l'examen clinique.

Dans la forme sous-cutanée, la peau semble saine, la tumeur est perçue par le toucher ou se dénonce par sa tuméfaction.

Que les lésions sous-cutanées envahissent le derme ou que les altérations de la peau se communiquent aux parties profondes et on arrive à la forme cellulo-cutanée.

Enfin le plus souvent ces lésions combinées, mélangées, réclament une nouvelle description souvent bien différente des premières et nous ferons un nouveau chapitre pour ces formes bâtarde.

Nous ne pourrions faire entrer dans ces quatre classes toutes les lésions observées chez notre malade, à moins de faire des subdivisions qui compliqueraient les détails que nous allons donner. Dans les formes précédentes, nous ne décrirons que les lésions fermées, c'est-à-dire non ulcérées, et nous ferons un autre chapitre pour les ulcérations. Celles-ci seront cutanées et cellulo-cutanées. A ces formes ulcérées aboutissent la plupart des formes précédentes non traitées, peut-être toutes ; elles revêtent alors des caractères particuliers que nous nous effor-

cerons de faire ressortir. Cette division en formes non ulcérées et en formes ulcérées sera justifiée beaucoup plus par l'étude clinique que par l'étude physique des lésions.

Nous allons donc avoir à décrire trois formes principales d'actinomyose cutanée :

I. Une forme non ulcérée comportant trois chapitres :

- 1° Lésions cutanées ;
- 2° Lésions sous-cutanées ;
- 3° Lésions cellulo-cutanées.

II. Une forme ulcérée comprenant :

- 1° Les ulcérations superficielles ou cutanées ;
- 2° Les ulcérations profondes ou cellulo-cutanées.

III. Une forme mixte,

résultant de la combinaison des différentes lésions, c'est la plus commune.

Tout en puisant chez notre malade la majeure partie des descriptions que nous allons donner, nous rapprocherons ces lésions de celles qui ont été décrites par nos prédécesseurs et nous ferons rentrer dans notre cadre les formes qu'ils ont vues et que nous n'avons pas observées.

I. — Formes non ulcérées.

Les lésions pour se produire demandent des circonstances particulières. Une plaie où l'actinomyose est ensemencée avec les germes de la suppuration ne peut guère leur donner naissance. Le pus sans cesse renouvelé empêchera la cicatrisation et le développement de tumeurs caractéristiques. Bien des cas d'actinomyose ont dû évoluer ainsi.

Quand le champignon provient de la bouche pour envahir la joue, ou du poumon pour se généraliser à la peau comme chez notre malade, il arrive dans le tissu cellulaire sous-cutané, de là il pousse dans la profondeur du derme les prolongements de son mycelium. Les tumeurs qu'il forme sont en communication trop indirectes avec les cavités internes pour qu'il y ait immédiatement fistules, et à moins qu'un traumatisme ne détruise leurs parois, elles laissent du côté de la peau une barrière suffisante pour s'opposer à l'infection.

Ces tumeurs ne viennent pas toutes de régions profondes : on les voit se former autour d'un champ opératoire quand un grattage n'a pas été suffisant pour détruire l'actinomycète. Elles peuvent également se former par propagation autour d'un centre d'infection cutané ou cellulaire.

ACTINOMYCOSE CUTANÉE PROPREMENT DITE.

Les lésions cutanées sont donc celles qui peuvent exister sans que le tissu cellulaire sous-jacent soit intéressé. Les lésions se présentent sous deux formes principales : tantôt ce sont des vésicules plus ou moins volumineuses ; tantôt ce sont simplement des plaques colorées d'aspect et de formes variées. D'où la forme vésiculaire et la forme érythémateuse.

Sur un tissu cutané absolument sain on voit une vésicule pouvant atteindre un centimètre de diamètre. Elle est ronde ou ovalaire et forme une saillie de un à plusieurs millimètres. Ses limites sont très nettes et nous n'exagérons point en comparant leurs bases d'insertion à celles de la cornée sur la sclérotique. Cette comparaison est juste en plus d'un point : cette vésicule convexe est translucide : elle laisse deviner au travers de sa paroi le contenu de la tumeur sous-jacente.

Elle est colorée, et suivant qu'elle est plus ou moins foncée,

les fongosités sous jacentes sont plus ou moins visibles. Sa teinte est variable mais toujours bleutée : tantôt elle tire sur le rouge, tantôt sur le violet : cette teinte finit à l'anneau d'insertion. Celui-ci, sur une étendue d'un ou deux millimètres, présente une coloration rouge qui se perd insensiblement sur la peau saine. La peau est soulevée dans ses couches superficielles et la vésicule fait partie d'une tumeur dont elle occupe le centre ou une région voisine. Le tout forme une tuméfaction ovalaire ou arrondie, pouvant atteindre jusqu'à un centimètre et demi de diamètre et un demi-centimètre d'élévation : la partie la plus convexe est la partie vésiculeuse. La région périphérique soulevée paraît saine en dehors de l'aréole inflammatoire et notablement plus épaisse que la région translucide dont la minceur semble extrême.

Si on touche la peau amincie et modifiée de la cuticule, on a une sensation de sécheresse tout à fait particulière : aucun exsudat ne se forme à sa surface, et les poils, abondants ailleurs, ont entièrement disparu.

On voit par transparence quelques granulations rougeâtres à bords plus jaunes. Ces granulations d'un millimètre de diamètre environ paraissent flotter dans une sérosité peu abondante : on les déplace facilement par le palper. C'est en vain que l'on cherche une fluctuation nette, la tumeur ne paraît formée que de fongosités. Celles-ci sont masquées par la teinte plus ou moins foncée de la cuticule.

Veut-on avec une pipette essayer d'attirer une des granulations perçues ? On traverse la cuticule sans provoquer de douleur chez le malade tandis que toute la zone avoisinante est extrêmement sensible. Mais il se produit une légère hémorragie sur les lèvres de plaie : l'écoulement sanguin est abondant si l'on considère l'importance de la lésion que l'on vient de faire. Le volume de la granulation la rend difficile à saisir. On

se trouve au milieu d'un tissu fongueux où l'on n'arrive à aspirer qu'avec peine quelques gouttes de liquide. Ce liquide est séreux, opalescent.

Pendant les deux mois que nous avons observé le malade sans le traiter, nous avons remarqué que certaines de ces vésicules n'avaient aucune tendance à l'ulcération. L'ulcération se produisait de deux façons : le contenu devenait purulent et la cuticule s'ulcérait ou bien un traumatisme venait à les rompre dans leur point faible : il se faisait une suppuration assez abondante et on ne remarquait pas dans ce pus les grains caractéristiques d'actinomycose : la cuticule translucide disparaissait, les bords s'affaissaient, et il se constituait une ulcère suppurant à peine.

Sous l'influence du traitement ioduré nous avons vu les lésions non ulcérées guérir en moins d'un mois. Dès le troisième jour la cuticule s'était affaissée et bien que conservant sa convexité en son centre, elle formait à sa périphérie un sillon que limitait la saillie circulaire du reste de la tumeur. Sa coloration se modifie : elle devient d'un bleu de plus en plus foncé. Les grains jaunes sont aperçus difficilement bien que trahis par une légère irrégularité de surface. L'aréole inflammatoire disparaît et l'ensemble de la tumeur s'affaisse au niveau de la peau voisine. Peu à peu le tissu sain paraît envahir le tissu modifié et la lésion disparaît sans laisser de cicatrices apparentes.

Cette forme d'actinomycose existait à l'état isolé sur l'épaule gauche de notre malade et dans l'aisselle du même côté. Elle était superposée aux lésions cellulaires sous-cutanées dans la région dorsale. C'est là que nous avons pris le type de notre description, surtout dans les tumeurs qui, à gauche, présentaient un maximum de développement et de netteté.

Là où les tumeurs étaient isolées sur l'épaule et dans l'ais-

selle les lésions présentaient des dimensions beaucoup moins considérables. Les vésicules étaient ovalaires et bleuâtres, orientées dans le même sens : leur diamètre le plus grand était de deux millimètres. Elles se touchaient souvent par l'extrémité de leur aréole inflammatoire et la tuméfaction du derme formait un cordon noueux presque continu. Quelques-unes de ces vésicules laissaient voir un grain jaunâtre qui les remplissait presque totalement.

Ces lésions de l'épaule et de l'aisselle furent les premières à disparaître sous l'influence du traitement : elles s'affaissaient rapidement : le grain d'actinomyose disparaissait plus lentement, puis la guérison s'achevait en quelques jours.

Les caractères de ces lésions paraissent se résumer ainsi : ce sont des tuméfactions exclusivement cutanées pouvant atteindre un centimètre et demi de diamètre ou n'avoir que quelques millimètres. La peau paraît normale sauf en un point plus ou moins central où brusquement elle se modifie : elle devient translucide et bleuâtre. Par transparence on voit un ou des grains volumineux d'actinomyose. Une aréole inflammatoire entoure cette cuticule d'une couronne étroite. Il n'y a pas de fluctuations : un état de mollesse particulier est seul perçu. La cuticule est comme parcheminée et il n'y a point d'induration périphérique. Sous l'influence du traitement, cette lésion se guérit rapidement sans cicatrices apparentes. Si on lève cette vésicule l'hémorragie est abondante et facile : la lésion ouverte s'ulcère rapidement,

Nous avons supposé que le derme seul était touché et cela pour différencier ces lésions d'autres dont la marche et l'aspect ne sont pas du tout les mêmes. Dans cette forme vésiculeuse la lésion demeure absolument superficielle et, si quelques fibres du tissu cellulaire sous-cutané se trouvent lésées, les vésicules conservent des caractères qui les éloignent des lésions cellulaires

sous-cutanées en cellulo-cutanée. Pour la clinique la lésion appartient au derme seul et d'une façon bien nette, peut-être n'en serait-il pas tout à fait ainsi sur une coupe histologique.

A côté des lésions précédentes que nous appellerons vésiculeuses, on en rencontrait d'autres qui, en certains endroits, semblaient n'être qu'une modification des premières.

Le caractère général de ces lésions est d'être très superficielles et d'une teinte plus ou moins rouge : nous les nommerons érythémateuses. Elles existaient dans deux endroits différents : les unes à la région dorsale gauche, les autres à la région sternale supérieure. L'aspect n'était pas tout à fait le même dans ces deux localisations ce qui réclame deux descriptions distinctes.

Dans le dos, à gauche, sous la pointe de l'omoplate, et au milieu des taches de vitiligo se voyaient cinq plaques colorées placées sur deux lignes parallèles. L'une de ces lignes située un peu à gauche de la colonne vertébrale et suivant sa direction comprenait deux taches ; l'autre parallèle, en dehors de la précédente, en comprenait trois. Ces taches étaient ovalaires ; leurs dimensions variaient de un à deux centimètres de long sur quatre à dix millimètres de large. Elles étaient orientées dans le même sens, leur plus grand diamètre était dans le prolongement de celui de la tache supérieure.

Leur coloration était d'un rouge tantôt très vif tantôt plus foncé et tirant sur le bleu. Cette teinte se modifiait, à l'entrée du malade le rouge dominait et au moment où le traitement fut commencé la teinte bleue s'accroissait.

Aucune dépression, aucune saillie ne révèle au doigt le passage de la peau saine à la peau modifiée. Celle-ci, en dehors de sa coloration, présente une sécheresse remarquable, elle est parcheminée.

La surface n'est pas tout à fait régulière : il semble que la

peau amincie à cet endroit ait été primitivement d'un volume plus considérable : elle se serait affaissée en présentant un aspect ocellé très spécial. Ce sont de petites surfaces d'un millimètre de diamètre, polyédriques, rigides et comme écailleuses.

Le tégument modifié est translucide comme celui des lésions vésiculeuses. Le fond sous-jacent est masqué par la coloration de la cuticule. Au niveau des angles sortant des plaques ocellées on aperçoit parfois, par transparence, de minces trainées jaunâtres. On ne trouve aucune fluctuation à ce niveau : les plaques au toucher comme à la vue donnent l'idée d'une lésion absolument sèche.

Il semblerait à première vue qu'on se trouve en présence d'une vésicule en voie de guérison spontanée et les taches de vitiligo voisines prêtent à la confusion en rappelant des cicatrices anciennes. Pendant tout le temps que nous avons observé notre malade, loin de voir ces plaques diminuer, nous les avons vues augmenter légèrement. Nous avons vu de même guérir des lésions vésiculeuses et jamais elles n'ont revêtu la forme que nous venons de décrire. Nous avons donc affaire à une lésion spéciale et, pour la distinguer de la suivante nous l'appellerons maculeuse.

Sous l'influence de l'iodure ces plaques ont pris une teinte foncée où le bleu dominait. Peu à peu elles se sont effacées de la périphérie vers le centre, et la peau a repris sa coloration primitive.

Nous avons appelé ces lésions maculeuses, le mot répond mal à l'idée que nous nous en faisons. Lisses par endroit, le plus souvent à surface irrégulière, ocellées, ce ne sont ni des macules, ni des papules ; le nom de plaques ocellées ne leur conviendrait point davantage puisque ce caractère que nous ferons prédominant peut n'exister que sur une partie minime de la lésion.

On pourra aussi nous reprocher d'avoir isolé ces plaques des lésions érythémateuses que nous allons décrire. Par leur forme, leur aspect, la présence de trainées actinomycosiques, leur guérison rapide, les macules se distinguent nettement de l'érythème. Celui-ci, comme nous le verrons, ne diffère en rien de certains érythèmes inflammatoires et nous aurions pu méconnaître sa nature si, à la suite d'un accident, l'ulcération, l'actinomycose n'avait révélé sa présence.

Enfin pour nous les macules se classent immédiatement après les vésicules, comme celles-ci, elles évoluent pour leur propre compte, et se développent indépendamment de toute autre lésion, tandis que l'érythème est toujours au voisinage de fistules ou d'altérations dues à l'actinomycose, il serait en quelque sorte secondaire. Le derme serait envahi dans sa limite extrême et par continuité. Ce sont ces lésions érythémateuses que nous allons passer en revue, que se trouvent généralement dans les cas d'actinomycose observés et qui donnent à la peau une teinte qu'on a voulu faire caractéristique.

Nous avons pu voir évoluer dans la région sternale une autre plaque de nature analogue. A gauche du sternum, sur son bord et au niveau du troisième espace intercostal s'étaient formés des ulcères par où sortit à un moment donné une grande quantité de pus. De cet endroit, comme point d'origine, nous avons vu s'étendre une plaque érythémateuse qui, gagnant la partie médiane, s'étalait sur le sternum. Elle ne formait point de tumeurs et le changement de coloration indiquait seul ses limites. Ses bords étaient irréguliers; sa forme plutôt poligonale avec des angles fortement arrondis et ses dimensions maximum furent sept à huit centimètres à peu près dans tous les sens.

Cette lésion était d'un rouge vif. Elle ne présentait nulle part des variations de teinte ni surtout cette coloration bleue si

commune dans les lésions d'actinomyose. Cette plaque paraissait couverte d'un vernis, sa surface était brillante, parfaitement lisse. Il n'y avait aucune trace de points jaunâtres.

Avant que le malade fût traité, cette tumeur s'accroissait sensiblement et beaucoup plus vite que les autres lésions cutanées. Le traitement ioduré l'arrêta dans sa marche : il la faisait lentement rétrocéder quand survint le décès du malade.

Cette lésion paraît encore plus superficielle que les précédentes : son aspect brillant ne tient pas à la présence du pus qui la baignait, car nous avons pu l'observer alors que le pansement demeurait sec. A ce moment, elle présentait au toucher un caractère de sécheresse que son aspect n'aurait pu faire prévoir.

Les macules dorsales n'ont jamais présenté l'aspect de la plaque sternale et l'inverse ne s'est point produit, ce qui semble justifier la division que nous faisons. Le mode de guérison n'a pas été le même : les plaques dorsales ont présenté une teinte bleue très foncée avant de revenir au type de la peau normale, la plaque sternale rétrocédait en perdant peu à peu son état primitif.

Telles sont les lésions cutanées pures que nous avons observées. Nous en avons trouvé trois formes : une forme vésiculeuse, deux formes érythémateuses. Toutes ces lésions sont dans l'épaisseur du derme et n'intéressent que lui : elles ne sont pas toutes au même niveau ; les érythémateuses proprement dites sont entièrement superficielles, les macules pénètrent déjà plus profondément et enfin les vésicules paraissent avoir dissocié les différentes couches du derme pour s'y développer.

Le traitement ioduré les guérit rapidement, de sorte qu'il ne nous a pas été possible d'en faire l'examen histologique. Au moment de l'autopsie, la cicatrice ne se distinguait point au

milieu des taches de vitiligo et des teintes accidentelles de la peau.

II. — FORME SOUS-CUTANÉE.

Autant que l'histoire de notre malade peut nous le faire présumer, les lésions cellulaires sous-cutanées ont été les premières à se manifester. L'infection partait du poumon et se dirigeait au travers de la paroi vers l'extérieur ; il semble normal que, devant cette infiltration en masse le tissu cellulaire fût le premier atteint. Nous avons été assez heureux pour examiner différentes formes cellulo-cutanées. Les unes semblaient répondre à la genèse que nous venons d'indiquer, les autres paraissaient dues à des ensemencements à distance.

Nous avons trouvé les premières dans le dos, de chaque côté de la colonne vertébrale, au-dessous des lésions vésiculeuses. Nous laisserons de côté la tumeur de droite profondément modifiée par l'existence d'ulcères et d'autres lésions que nous décrirons plus loin.

Dans la région dorsale gauche, les lésions vésiculeuses reposaient sur un vaste gâteau de neuf centimètres de diamètre. Les vésicules n'avaient aucune communication avec cette masse profonde. La saillie des bords atteignait et même dépassait un centimètre. Ce changement de niveau se faisait assez brusquement dans l'espace de quelques millimètres. Cette brusque transition était surtout sensible à la partie inférieure où la lésion paraissait avoir glissé comme cédant à son poids. De par ailleurs, on avait un vaste plateau accidenté par les lésions superficielles. En dehors de celles-ci, la peau était saine et la palpation non douloureuse. On sentait une mollesse particulière, élastique; même à la partie la plus déclive, il n'était pas pos-

sible de déterminer de fluctuation vraie. La tumeur cédait à la pression du doigt et n'en conservait pas la trace.

Sa marche était essentiellement chronique, puisque nous n'avons point vu d'ulcérations se produire en deux mois, et la tumeur se modifier peu pendant ce temps. Le traitement ioduré la fit rapidement disparaître.

Dans la région post-auriculaire gauche, le 7 mars, nous découvrons une tumeur actinomycosique de même nature, mais isolée de toute autre altération profonde ou cutanée. Il ne s'agissait plus d'infection par continuité.

En palpant le crâne de l'enfant, on fut tout étonné de trouver derrière l'oreille gauche et masquée par le cuir chevelu, une tumeur de trois centimètres environ de diamètre. La peau était soulevée et saillante de quelques millimètres sur les bords et, dans son centre, la tumeur était aplatie : elle était comme étalée sous la peau. Il n'y avait aucun changement de coloration du derme et la palpation n'était pas douloureuse. La peau semblait faire corps avec la tumeur dans sa partie profonde. On ne sentait pas de fluctuation nette, et on ne pouvait par pression accumuler dans un point les éléments sous-jacents. On avait une impression de mollesse : il semblait que sous le cuir chevelu il y avait une masse élastique reprenant son volume aussitôt que la pression cessait. Il était impossible de dire qu'il y eût du liquide.

L'évolution de cette tumeur se fit sans bruit : elle avait débuté sans douleurs et sans attirer l'attention, elle disparut de même quand le traitement fut institué : en deux semaines, elle avait complètement fondu.

L'actinomycose cellulaire sous-cutanée qu'a présentée notre malade, est loin de ressembler à celle décrite par les auteurs. Nous n'avons jamais trouvé de ces masses dures faisant corps avec les parties profondes et peu à peu envahissant la peau.

Les deux tumeurs que nous venons de décrire, présentaient une mollesse telle, que nous ne saurions mieux la peindre qu'en la comparant aux lipomes.

Les seules tumeurs dures que nous avons observées, étaient les petits grains gemellés de l'épaule gauche. Longs de trois à quatre millimètres, et larges d'un à deux, ils étaient mobiles dans le tissu cellulaire sous-cutané. Leur dureté est ligneuse. Ils ne sont pas indolores au toucher, et même parfois, ils évoluent en causant une douleur très vive. C'est ainsi que s'était comporté un grain semblable que nous avons trouvé sur l'épaule droite. Ce dernier disparut brusquement en l'espace de deux jours : il se trouvait sur l'emplacement où, deux semaines après le 18 mars, se formait un abcès volumineux. Nous voulons voir là plus qu'une coïncidence et trouver l'explication de ces tumeurs dures, si différentes de celles que nous avons observées. Nous n'étions pas habitué à trouver dans les lésions actinomycosiques cette suppuration abondante, et nous croyons qu'il s'agit ici d'actinomycose envahissant de concert avec les microbes banals de la suppuration. Ceci expliquerait non seulement la dureté ligneuse observée précédemment dans l'actinomycose cellulaire sous-cutanée, mais encore la marche rapide souvent et le pus que contenaient ces lésions. Nous n'avons jamais rencontré de suppuration dans les lésions non ulcérées à marche insensible que nous venons de passer en revue, et si l'infection se faisait par un point quelconque, aussitôt la tumeur changeait d'aspect et modifiait son évolution : alors se formaient les abcès.

Ainsi nous trouvons dans le tissu cellulaire sous-cutané deux sortes de lésions : les unes lipomateuses, les autres ligneuses. Qu'elles envahissent le tissu cellulaire par continuité ou par embolies, nous avons cru pouvoir les décrire en considérant les rapports intimes qu'elles peuvent contracter avec la peau. Il

nous a semblé qu'elles pouvaient être le premier stade des lésions que nous allons passer en revue.

Les tumeurs lipomateuses ont cédé rapidement à l'iodure. Les grains ligneux ont disparu plus vite encore, a-t-il semblé, sous l'effet de ce médicament et même l'un d'eux a évolué en quelques jours. A la mort du malade aucune de ces lésions n'existait plus, de sorte que nous ne pouvons, pas plus que pour les lésions cutanées, fournir de pièces histologiques.

Cette évolution rapide des grains durs, sous-cutanés, n'est point faite pour appuyer l'hypothèse que nous donnions tout à l'heure, d'une association microbienne. Il semble qu'en pareil cas, la lésion au lieu de disparaître plus rapidement que la tumeur actinomycosique simple, aurait présenté plus de résistance aux médicaments.

Le fait est que, dans toutes les lésions qui nous paraissaient dues à l'actinomycose seule, nous avons été frappé de l'état de ramollissement où elles se trouvaient et que nous aurions voulu trouver en dehors de ce champignon l'explication de cette dureté particulière. Nous avons été frappé dans les descriptions des auteurs de la rapidité avec laquelle se formaient les ulcères dans les tumeurs d'une dureté ligneuse et de la fièvre qui accompagnait parfois leur évolution, deux choses qui, pour nous, ont une origine essentiellement microbienne. Peut-être ces granulations n'étaient-elles qu'un engorgement passager de ganglions sous-cutanés. Nous en écarterions bien toute idée d'actinomycose si certains auteurs n'avaient vu les lésions cutanées succéder à ces tumeurs et d'un autre côté, le traitement ioduré a paru avoir une certaine action sur elles.

III. — FORME CELLULO-CUTANÉE.

Ici le tissu cellulaire et le derme sont également atteints, la

tumeur sous-cutanée indique l'envahissement du premier et les modifications de couleur et d'aspect de la peau témoignent des lésions de celle-ci. Il ne s'agit plus de deux tumeurs superposées, mais isolées, la lésion est unique.

Nous avons observé cette forme d'actinomyose dans la tumeur dorsale droite que portait notre malade. Si, avant qu'on eût touché aux lésions pour y rechercher l'actinomyose, on éliminait les formes vésiculeuses et ulcérées, on en remarquait une troisième. Celle-ci se rapprochait de la forme vésiculeuse par certains points.

C'était la même cuticule rouge puis bleuâtre qui existait dans les lésions vésiculeuses. Mais ici il n'y avait aucune tuméfaction propre à cette cuticule : elle reposait sur la tumeur molle et rénitente sur le même plan que les ulcérations. Elle ne bombait point : elle était plutôt déprimée, et on apercevait parfois un grain jaune rougeâtre par transparence. La zone rouge périphérique des lésions vésiculeuses était à peine apparente ici et souvent même était transformée en liseré très fin. Au toucher, la zone translucide donnait toujours une sensation de sécheresse, de peau parcheminée. Plusieurs cuticules communiquaient souvent avec la même lésion sous-cutanée : tandis que chaque vésicule avait sa tumeur propre. Si on pressait sur la tumeur sous-cutanée on faisait bomber légèrement la où les cuticules et en établissait nettement un rapport entre ces deux lésions. Mais aucune communication n'existait entre ces tumeurs et les fistules. Là, comme partout ailleurs la fluctuation vraie faisait défaut.

Cette forme d'actinomyose n'a pas présenté, chez notre malade, la stabilité des autres. Nous l'avons vue parfois guérir sous l'influence du traitement ioduré. La coloration de la cuticule s'accroissait, bleue déjà, elle devenait bleu foncé, rouge elle prenait une teinte bleutée. Après disparition de la transparence,

peu à peu la peau saine gagnait sur la région malade et tout disparaissait sans laisser de cicatrice bien apparente. Le plus souvent on voyait le contenu de la tumeur devenir purulent et la cuticule s'ulcérer. Alors on observait la communication entre ce nouvel ulcère et ceux plus anciens qui existaient autour. Des infections secondaires étaient venues modifier la marche de l'actinomycose.

Jamais la cuticule n'a eu ici les dimensions qu'elle présentait dans les lésions vésiculeuses : elle avait à peine deux ou trois millimètres dans ses diamètres les plus étendus. Leur coloration était en général plus foncée que celle des vésicules.

A la mort de l'enfant toutes ces lésions avaient disparu ou s'étaient transformées en ulcères et nous manquons encore ici de préparations histologiques.

II. — Formes ulcérées.

Les lésions que nous venons de décrire, cutanées, cellulaires ou cellulo-cutanées, présentent un caractère commun, c'est de n'être en communication avec aucune surface muqueuse ou cutanée. Nous allons maintenant considérer les différentes ulcérations qu'a présentées notre malade : d'après son histoire pathologique et d'après notre observation personnelle, nous avons toujours vu les ulcérations se produire à la suite de lésions non ulcérées. Le champignon se développe trop lentement et lors même qu'il est introduit par un traumatisme qui fait plaie, celle-ci est cicatrisée avant qu'il se manifeste.

Nous allons diviser ce chapitre en :

- 1° Ulcérations superficielles ;
- 2° Ulcérations profondes.

Les premières sont formées par les lésions cutanées superficielles et les secondes en partie par les lésions cutanées, mais pour le plus grand nombre par les lésions cellulo-cutanées. En effet, les vésicules donnent tantôt des ulcérations superficielles, tantôt des ulcérations profondes : il nous a paru que ces fins différentes dépendaient du milieu où elles se trouvaient.

1^o FORMES SUPERFICIELLES.

Nous allons passer en revue les différentes ulcérations auxquelles donnent lieu les formes cutanées précédemment décrites.

Les macules du dos ne se sont pas ulcérées : il nous est impossible de mentionner les lésions auxquelles cet accident donne naissance puisque nous n'avons trouvé ces altérations actinomycosiques décrites nulle part.

Il n'en est pas de même de la plaque érythémateuse sternale. Quand elle eut atteint un volume assez grand, deux à trois centimètres dans ses diamètres principaux, la suppuration des fistules supérieures devint plus abondante et elle fut constamment baignée dans le pus. Alors on vit l'enduit vernissé disparaître en quelques points. L'ulcération fine comme une pointe d'aiguille, s'agrandit rapidement et atteignit bientôt deux à trois millimètres de diamètre, elle atteignait parfois ses voisines et se fusionnait avec elles. Elle était très superficielle et paraissait constituée par l'absence ou la chute de l'enduit vernissé seul ; ses bords n'étaient pas décollés ; son fond était d'un rouge vif.

Bientôt sur le pourtour et en dehors de l'ulcération, l'épiderme, tout en gardant son aspect brillant, prit sur une largeur d'un millimètre environ une teinte livide bleutée. Sur le fond rouge mis à nu et le long du bord épidermique apparaît un liseré de

grains jaune d'or d'actinomyose. Peu à peu ces grains s'étendent à la périphérie vers le centre et on a une plaque d'un jaune vif entouré d'un liseré bleuté sur un fond rouge éclatant. Des grains d'actinomyose de la grosseur d'une tête d'épingle se détachent en grand nombre sans altérer la richesse du fond.

Au bout de quelques jours, la teinte jaune de la plaque pâlit au centre qui devient grisâtre. Cette teinte gagne vers la périphérie. Au moment de la mort du malade, l'ulcération paraissait plus profonde ; son fond était grisâtre ; les bords irréguliers non décollés avaient conservé leur coloration bleuâtre qui se perdait sur la plaque sternale pâlie.

Ces ulcérations avaient évolué en moins de deux semaines, elles étaient restées très superficielles. Le traitement ioduré n'avait pas paru exercer grande action sur leur marche.

Parmi les lésions vésiculeuses nous avons mentionné le cordon noueux et les vésicules isolées.

Les cordons de l'aisselle et de l'épaule gauche ne se sont pas ulcérés. Il n'en est pas ainsi dans la plupart des cas observés ailleurs et en général on trouve ces lésions envahies par la suppuration : ce sont les cordons suppurés de Kœhler. Ils ne donnent lieu qu'à des ulcérations superficielles.

Les lésions vésiculeuses se comportent de deux façons : les unes donnent lieu à des ulcérations superficielles, les autres à des ulcérations profondes ; ces dernières se sont vues sur la tumeur de droite où il existait des fistules, c'est-à-dire là où le tissu cellulaire sous-cutané était déjà profondément altéré par des microbes étrangers.

Occupons-nous des ulcérations superficielles provenant de ces lésions. Quand un traumatisme, accident du pansement ou introduction de pipette avait lésé la cuticule violacée, il se produisait dès le lendemain une suppuration abondante dans la

vésicule. La cuticule disparaissait au bout de quelques jours, la tumeur dont elle dépendait, s'affaissait. On avait une ulcération à fond grisâtre et à bords fortement décollés. La suppuration diminuait peu à peu, il ne se produisait plus qu'un léger suintement : une collerette violacée était tout ce qui restait de l'ancienne peau dégénérée, il fallait la soulever et aller profondément sous la peau décollée pour ramener un peu de sérosité. L'ulcération demeurait à peu près stationnaire.

Si l'ulcération se produisait au cours du traitement ou que l'iodure fût donné peu de temps après sa formation. La cuticule disparaissait plus rapidement et dans la sérosité purulente on trouvait, en extrême abondance, les grains jaune d'or du volume d'une tête d'épingle. Ces grains provenaient de la surface fongueuse de l'ulcération. Quand celle-ci demeurait superficielle, elle guérissait : ses bords se recollaient sur la partie profonde, leur collerette bleuâtre disparaissait, il n'y avait plus ni grains d'actinomyose, ni même de sérosité. Il se formait une croûte fortement adhérente, assez épaisse, d'une couleur noire hémorrhagique. Ces croûtes en tombant laissaient après elles une très légère cicatrice.

2° ULCÉRATIONS PROFONDES.

Ici, les ulcérations ne restent plus cantonnées à la partie du derme, elles communiquent avec les lésions sous-cutanées. Nous en avons observé plusieurs formes différentes d'aspect, de marche et d'origine. Nous les avons vues le plus souvent provenir des lésions cellulo-cutanées et quelquefois de lésions cellulaires profondes.

Les ulcérations provenant de lésions cellulo-cutanées ont été observées chez notre malade dans le dos, sur la tumeur

gauche. Dans les endroits où la peau était remplacée par une cuticule, si celle-ci se déchirait, ses fragments disparaissaient vite en même temps que le contenu de la tumeur devenait purulent. On avait alors une ulcération à bords réguliers, légèrement violacés et taillés comme à l'emporte-pièce dans la peau saine. On la voyait s'enfoncer dans l'épaisseur du tissu sous forme de cylindre presque parfait. Si plusieurs cuticules communiquaient par leurs parties profondes, l'ulcération d'une seule amenait, avec la présence du pus, l'ulcération de toutes les autres.

Parfois même, il n'y avait pas besoin de traumatisme : on apercevait un liquide louche, purulent, sous une ou plusieurs des pellicules bleuâtres, et celles-ci s'ulcéraient rapidement. C'était toujours au voisinage d'une fistule plus ancienne, comme si l'infection s'était faite dans l'épaisseur du tissu cellulaire.

Chaque ulcération nouvelle était rapidement en communication par sa partie profonde avec les ulcérations voisines : ce qui arrivait à former de vastes décollements.

Cette forme fistuleuse n'a aucune tendance à diminuer et peu à grandir. Par chaque orifice, il sort une très petite quantité d'un liquide louche et même, en pressant sur les parties voisines, on n'en fait sourdre que quelques gouttes. La tumeur qui leur sert de base n'a point le volume des lésions lipomateuses que nous avons décrites, elle s'affaisse aussitôt l'ulcération produite ; dans ses parties déclives, on sent une fluctuation plus nette qui correspond à une petite quantité de liquide.

Quand le malade est traité par l'iodure, la suppuration apparaît plus abondante et par les fistules, nouvellement ouvertes, s'éliminent de nombreux grains jaunes. Dans les vieux trajets ces grains, décelés par le microscope, ne sont pas reconnaissables à l'œil nu. Puis la suppuration cesse, la tumeur s'affaisse de plus en plus ; le diamètre des ulcères diminue

très lentement. Notre malade n'a pas eu le temps de guérir les lésions de ce genre qu'il portait.

Seule, la fistule sternale, qui faisait communiquer avec l'extérieur le décollement sous-pectoral puis la plèvre, a présenté pendant quelque temps le bouchon fongueux signalé par les auteurs. Ce bouchon se soulevait pour laisser passer le pus, il était grisâtre, gélatineux. Il disparut pour laisser un ulcère à bord net et à pic : ce dernier caractère se retrouvait dans des trajets secondaires situés autour du premier.

Les tumeurs vésiculeuses formaient non seulement des ulcérations superficielles mais encore des ulcérations profondes. Chez notre malade ce fait ne s'est produit que lorsque la vésicule reposait sur la peau décollée de la tumeur de droite, c'est à-dire au niveau d'un foyer suppurant.

Comme dans le cas précédent l'ulcération se formait de deux façons : ou bien un ulcère vésiculeux superficiel gagnait en profondeur et communiquait avec la cavité sous-jacente, ou bien on voyait le contenu d'une vésicule devenir purulent et la cuticule disparaître ; l'infection s'était faite par la partie profonde de la lésion au lieu de se faire par sa surface comme dans le cas précédent. Celui-ci était de beaucoup le plus commun.

Quel que fût le mode de production on avait un ulcère à bords décollés, violacés sur leur pourtour. Ces lésions avaient une tendance remarquable à s'agrandir ; elles se fusionnaient et on obtenait de vastes plaies sur le fond desquelles dominaient la teinte jaune. On ne voyait cependant pas à l'œil nu des grains d'actinomyose, ni parmi les fongosités, ni dans le pus : on les trouvait au microscope puisque le liquide examiné et qui fit poser le diagnostic provenait de ces lésions. La suppuration abondante quand l'ulcère se formait disparaissait peu à peu.

Si le malade prenait de l'iodure la suppuration qui s'était

partiellement tarie reprenait, abondante surtout dans les ulcérations nouvelles où se montraient exclusivement les grains volumineux jaunes d'actinomycose. Les ulcérations nouvelles gagnaient rapidement en surface, puis la suppuration tarissait à nouveau, les grains d'actinomycose disparaissaient, la lésion restait stationnaire et on avait un ulcère dont le type était dans le dos à la base de la tumeur de droite.

Là se voyait une vaste ulcération, les bords étaient irréguliers nettement formés par la fusion de lésions moindres. Ils sont décollés et violacés. Il semble que les éléments de cette ulcération soient sur trois plans. Le plus profond apparaît sous forme d'îlots grisâtres de forme circulaire et au nombre de cinq à six, ils ont environ un demi-centimètre de diamètre. Ils sont délimités par les éléments de second plan sous lequel ils sembleraient former une masse continue. Le second plan plus superficiel se compose de traînées jaunes souvent éclatantes : elles sont saillantes, elles se relèvent en approchant des bords et parfois présentent à leur partie supérieure des languettes d'un rouge vif : celles-ci se perdent par leur pointe vers le centre de la lésion et par leur base vont se fixer à la partie profonde du derme en s'enfonçant sous le bord aminci et décollé de l'ulcère : ce bord forme le troisième plan.

Cette ulcération qui nous sert de type mesurait quatre à cinq centimètres de diamètre. Elle s'était très rapidement formée, surtout à partir du moment où le traitement avait été commencé. Il semble que tous les tissus dégénérés eussent disparu sous l'influence de l'iodure.

Dans les parties anciennes de la lésion, après l'ingestion d'iodure, nous n'avons vu se former aucun grain d'actinomycose. Lorsque la lésion après s'être accrue se fut fixée dans ses dimensions, la suppuration devint très peu importante et les grains jaunes disparurent complètement.

Le malade mourut avant que cette lésion eut manifesté quelques tendances à la guérison.

Une ulcération semblable se trouvait à la partie supérieure de la même tumeur. Son étendue était moindre. Toute la tumeur semblait décollée profondément et, pendant les derniers jours du malade, il n'existait plus que les fistules et les ulcères mettant en communication la partie suppurante profonde et la surface cutanée.

III. — Formes associées.

Nous avons cherché jusqu'à présent à décrire les lésions qui nous paraissaient simples chez notre malade : très rarement nous les avons trouvées associées : d'ordinaire, il n'en est pas ainsi, car les lésions superficielles et profondes se fusionnent et forment de nouveaux types.

C'est ordinairement la forme érythémateuse qui vient colorer fortement les tissus : sur ce fond apparaissent les tumeurs ou les ulcères.

Il faudrait reprendre notre observation et montrer à droite, dans le dos, les lésions lipomateuses défigurées par les lésions vésiculeuses. A gauche, toujours dans le dos, les ulcères de différentes natures et les vésicules se combinant pour former un tout qui défie la description. Enfin, dans la région sternale, les fistules s'ouvrent au sommet de la plaque érythémateuse, et tranchent par la couleur jaunâtre de leurs parois sur le fond rouge qui les entoure, puis, viennent les plaques jaune d'or des ulcérations superficielles, alors que les fistules ont pris une teinte grise et terne sous l'influence du courant de pus.

Le bleu, le rouge et le jaune, voilà les teintes qui dominent

dans l'actinomyose présentée par notre malade. Nous les retrouverons ailleurs si nous considérons d'autres sujets atteints de lésions cutanées actinomycosiques.

Nous n'avons point l'intention de passer en revue les combinaisons multiples que peuvent former en s'associant les lésions que nous venons de décrire. Ce serait se perdre dans une vaste compilation sans grand intérêt. Certaines formes nous ont paru intéressantes, et nous allons les passer rapidement en revue.

Telles sont les lésions décrites dans la thèse de M. Monestié. Les quatre cas cités se rapportent à une forme combinée de la forme érythémateuse et de la forme cellulo-cutanée, ainsi qu'on peut s'en convaincre par la description qu'en donne l'auteur.

« Quand donc on trouvera sur une lésion cutanée de coloration rouge vineux, des points ardoisés ou bien quelquefois d'un rouge bleuâtre, disséminés, de la grandeur d'une lentille, tantôt circulaires, tantôt allongés comme un coup d'ongle, demi-transparents, laissant soupçonner au-dessous de l'épiderme aminci une substance gélatineuse, quand on verra ces points par où se feront des fistules, on peut porter presque à coup sûr le diagnostic d'actinomyose. »

Quand les ulcères se sont produits, on se trouve en présence de la forme anthracoïde. Majocchi ajoute aux phénomènes précédents les cordons suppurés et un état fébrile qui n'existe en général pas dans les cas d'actinomyose cutanée. Cette forme anthracoïde a une marche subaiguë. Elle serait remarquable par le grand nombre des fistules qui s'y développent.

Une autre forme se rapprochant davantage de celles que nous avons décrites, est la forme gommeuse ou ulcéro-fongueuse. C'est une combinaison de la forme érythémateuse et ulcéreuse profonde comme la précédente, mais les fistules sont

moins nombreuses et la suppuration moins abondante. Parfois il n'y a qu'un ulcère unique, tapissé de fongosités où domine la teinte jaune.

L'actinomyose cutanée peut simuler tour à tour la tuberculose sous ses différentes formes, la syphilis, le farcin, l'épithélioma et le sarcome. La morphologie est variée à l'infini, et on comprend qu'à première vue, le diagnostic en soit souvent difficile. Il y a cependant des lésions d'actinomyose qui ne ressemblent à rien, comme l'a dit M. Poncet : on peut se demander si ce qui les différencie de tout, ne peut fournir des caractères propres à les faire reconnaître.

Ces formes associées ne présentent d'intérêt qu'autant qu'elles rappellent les formes premières caractéristiques, c'est-à-dire les lésions cutanées et cellulo-cutanées. On ne peut guère compter sur la présence de grains d'actinomyose visible pour poser le diagnostic, car on a, le plus souvent, des tumeurs fistuleuses ou ulcérées anciennes.

CHAPITRE V

Etiologie des lésions.

Chez notre malade, le mycelium parti du poumon a déterminé de la plainte aboutissant à la symphyse pleurale. Puis il a envahi le tissu cellulaire et il est apparu sous la peau.

L'actinomycose a montré une prédilection marquée pour le tissu cellulaire, c'est dans lui qu'il s'est développé tout d'abord. Nous appuyons sur cette préférence de l'actinomycose pour le tissu cellulaire parce que vu les connexions de ce tissu avec le tissu lymphatique, il nous a semblé que dans ce cas l'actinomycose s'était surtout disséminé, grâce aux vaisseaux lymphatiques. Nous n'avons pas eu à observer de propagation par les vaisseaux sanguins.

Immédiatement après le grattage fait par M. Sainton, nous voyons les lésions se disséminer en cercle autour du champ opératoire: ce fait qui n'est pas isolé dans l'histoire de l'actinomycose répond beaucoup plus à la disposition des lymphatiques qu'à celle des vaisseaux sanguins.

Les cordons de l'aisselle et de l'épaule gauche rappellent de même par leurs nodosités un engorgement lymphatique: le champignon logé dans les valvules produirait exactement cette disposition. Aux lymphatiques encore nous rattacherons ces

tumeurs douloureuses, mobiles, qui se montrèrent dans la région sus-scapulaire gauche et sur l'épaule droite.

Si des embolies semblables s'étaient produites dans les veines ou dans les artères, il semble qu'elles eussent amenées des désordres locaux ou généraux plus considérables.

Si le parasite est, d'après Plicque, trop volumineux pour pénétrer dans les vaisseaux lymphatiques: il y en a bien de ceux-ci qui ont un calibre suffisant pour l'admettre. En examinant les ganglions péribronchiques, on a trouvé sur des coupes une infiltration actinomycosique. Le ganglion est envahi à sa superficie; il semble qu'en effet, le champignon n'ait pas trouvé le passage suffisant pour aller plus loin. Le ganglion agit comme filtre parfait et empêche la dissémination.

Le champignon pénétrant dans les lymphatiques relativement volumineux est arrêté dans leurs valvules et se développe à ce niveau. D'où la forme linéaire des lésions et pour pénétrer dans ces vaisseaux une incision ou un grattage qui les ouvre est plus simple qu'une ulcération lente, analogue à celle qu'on a observée pour les vaisseaux sanguins.

Le mode de propagation ne paraît pas être toujours le même: le mycelium envahit en masse le tissu cellulaire et pour se disséminer n'a plus besoin de procéder par embolies: on a l'infiltration aux travers des tissus comme l'a décrite Boström. C'est ainsi que s'étaient formées dans notre cas les lésions volumineuses sous-cutanées du dos. On suivait facilement les travées cellulaires dégénérées qui s'enfonçaient jusqu'au poulmon. En arrivant sous la peau, cette infiltration paraissait se modifier. Dans l'ulcère inférieur droit, le plan profond gris ardoisé la représenterait. Sur ce fond on voyait le tissu conjonctif, former un second plan en découpant des sortes d'alvéoles superficielles. Il semblerait qu'au-dessus de la nappe infiltrée, il se soit formé une tumeur actinomycosique séparée de la voisine

par du tissu conjonctif sain ou moins altéré. Lorsqu'à des altérations sous-cutanées semblables se joignent des lésions cutanées étendues, on comprend le peu de vitalité du derme et la marche phagédénique de certains ulcères.

Les lésions cellulo-cutanées se produiraient par le processus que nous venons de décrire, elles seraient amenées par infiltration profonde. Les lésions érythémateuses proprement dites viendraient d'une propagation analogue superficielle. Les macules, les vésicules et certaines lésions sous-cutanées seraient le résultat d'embolies.

A côté de ces différences de marche, nous avons été frappé des différences symptomatologiques qui existaient entre les lésions actinomycosiques.

Certaines des lésions que nous avons observées ne présentaient point de tendance aux ulcérations, et il fallait un traumatisme pour les modifier. D'autres suppuraient spontanément.

Nous avons remarqué que les premières étaient loin de tous foyers purulents, tandis que les autres avaient souvent des connexions étroites avec des fistules. Dans toute ulcération rapide, nous avons vu se manifester d'abord la présence de pus. De sorte que nous n'avons pu nous empêcher de relier ces faits ensemble et d'établir une connexion étroite entre les microbes pyogènes et l'actinomycose ulcérée.

Une des tumeurs, sous-cutanée, dure et douloureuse, avait apparu juste au point où quelque temps après s'ouvrait un abcès. Le double grain sous cutané de l'épaule gauche pouvait se rattacher à une ulcération superficielle sous-jacente. Là encore il devait y avoir autre chose que l'actinomycose.

Nous croyons avoir observé des lésions d'actinomycose où le champignon se trouvait seul : elles étaient stables, molles, élastiques. Les lésions généralement décrites ont une marche plus

rapide, elles sont dures et présentent une grande tendance aux ulcérations. Pour expliquer cette différence, il nous a semblé que dans ce dernier cas, avec ou autour de l'actinomycose, dominaient des microbes pathogènes.

Ce sont ceux-ci qui déterminent les ulcérations multiples, les vastes suppurations ; ils irritent les tissus et produisent cet état de dureté attribué à l'actinomycose ; ils font naître les douleurs spontanées, ils éveillent parfois la fièvre et domineraient dans la forme anthracôïde et enfin formeraient avec le mycelium ces masses caséuses de vieilles ulcérations. Les différents membres de cette association en bénéficieraient et le traitement ioduré en les dissociant aiderait à la guérison.

CHAPITRE VI

Diagnostic.

Notre malade fut diagnostiqué successivement syphilitique, tuberculeux et morveux.

Syphilitique, bien qu'il n'eût pas d'antécédents. Il fut soumis à l'iodure et la tumeur fistuleuse qu'il portait n'en fut modifiée en rien ce qui fit changer le diagnostic. Cette tumeur mollasse sans suppuration appréciable et à marche très lente, insensible n'avait guère l'aspect des tumeurs syphilitiques indurées, bourgeonnantes ou ulcérées. Ceci ne se rapprochait guère de la syphilis, cette peau saine où s'ouvraient des fistules, aussi le diagnostic fut-il promptement modifié et on songea à la tuberculose.

Ici le diagnostic était plus difficile, la peau était moins souple dans la tuberculose, les fistules bourgeonnantes. Il n'y a rien en somme de bien tranché et le diagnostic serait demeuré tel si l'invasion secondaire ne s'était produite. Avant cette récurrence l'hémorrhagie opératoire aurait pu donner l'éveil surtout en la rapprochant des signes précédents et en observant combien peu suppurait la tumeur. Des décollements analogues dus à la tuberculose donneraient une notable quantité de pus.

Enfin le farcin n'a pas ce peu de tendance à la suppuration

que présentait notre malade et il provoque une réaction autrement vive de la part des tissus avoisinants.

Il y a bien une différence entre les adénites tuberculeuses, morveuses, syphilitique et actinomycosique. Mais elle ne peut guère servir au diagnostic puisqu'elle relève du microscope.

Les ganglions actinomycosiques sont atteints dans leur périphérie, le champignon ne pénètre pas, ce qu'il fait dans les autres infections. Les ganglions sont difficilement perçus dans l'actinomycose : nous ne pouvons nous empêcher de leur rattacher les abcès volumineux de l'aisselle, des épaules et de l'occiput.

Dans l'un de ces abcès nous avons vu des grains d'actinomycose : les autres n'en contenaient point de visibles et l'un d'eux examiné au point de vue des germes qu'il pouvait contenir a donné un résultat négatif. Dans l'actinomycose on ne devra donc point se baser sur les abcès pour poser le diagnostic. Le champignon est la plupart du temps absent de ces vastes collections purulentes dont sa présence a provoqué la formation en ouvrant la route et même en précédant les microbes pyogènes. La viscosité du pus n'est pas pathognomonique, nous ne l'avons trouvé qu'une fois.

Il faut donc chercher ailleurs la caractéristique des lésions actinomycosiques c'est-à-dire les grains jaunes. Ces grains sont variés dans leur volume et leur coloration. Nous en avons observé de plusieurs sortes : Les uns contenus dans les lésions vésiculeuses atteignaient un millimètre de diamètre : ils étaient rougeâtres dans leur centre et jaunâtres à leur périphérie : ils rappelaient le xanthelasma. Si on se souvient de la composition du grain d'actinomycose, c'est-à-dire un mycelium entouré de massues jaune vif qui terminent ses extrémités ; le grain des vésicules aurait un mycelium considérable et très peu de massues en proportion.

Il en serait tout autrement des grains que nous avons vus apparaître aussitôt que l'iodure a été administré. Ceux-ci auraient peu de mycelium et beaucoup de massues, car ils sont d'un jaune excessivement vif. Ces derniers ne se sont rencontrés que dans les lésions ulcérées, là où il y avait des infections secondaires, et les microbes de la suppuration doivent jouer un rôle important dans leur formation. De plus, ils ne se forment que dans les lésions récentes, les lésions à fond caséeux ne les ont pas produits ; ils y existent bien, mais sous des formes tellement réduites que le microscope est nécessaire pour les décèler. Il semble que dans l'ucère nouvellement formé il y ait un feutrage de mycelium qui, sous l'influence de l'iodure, s'élimine en masse volumineuse. Sans iodure, l'élimination se fait insensiblement.

On admet généralement que les massues sont des produits de dégénérescence : la présence des grains jaunes ne peut donc être que favorable. La non production de ces grains, en dehors des ulcérations, serait là pour infirmer l'opinion qui voit dans les grains jaunes des spores que tout mycelium menacé de destruction se dépêche de produire.

Les grains d'actinomyose sont donc variés quant à leurs dimensions, puisqu'on en rencontre de toute taille, depuis des grains microscopiques jusqu'à des grains qui atteignent plusieurs millimètres. Ils sont variés quant à leur coloration ; on en observe de grisâtres, ceux que nous avons vus étaient rouge jaunâtre et jaune d'or. Les grains nous ont paru perdre en couleur ce qu'ils gagnaient en taille.

Ces grains ont une importance considérable au point de vue du diagnostic. Il faudra donc toujours les chercher avec soin, en se rappelant leur polymorphisme. Nous savons qu'ils peuvent faire défaut dans les abcès, surtout quand ceux-ci sont formés loin des lésions primitives. C'est la sérosité des lésions

cutanées qu'il faut soumettre à l'examen microscopique et le pus des ulcères. Nous rappellerons que ces grains sont mous, qu'ils se laissent facilement écraser, ce qui les distingue des grains de même couleur comme ceux fournis par l'iodoforme. Le microscope tranchera les doutes.

Les lésions elles-mêmes peuvent présenter des caractères particuliers en plus des grains actinomycosiques.

Quand plusieurs lésions existent dans la même région, on est frappé de la tendance qu'elles ont à se grouper suivant des lignes droites ou courbes. Chez notre sujet, les macules étaient sur deux lignes parallèles, les vésicules du dos à droite formaient des lignes concentriques, c'était en grand et moins nettement tracé la disposition linéaire des vésicules de l'épaule et de l'aisselle gauche. De même, la tumeur gauche présentait une disposition semblable dans ses lésions fistuleuses et vésiculeuses. On a déjà appelé souvent l'attention sur cette disposition.

Dans les lésions vésiculeuses et cellulo-cutanées non ulcérées, la cuticule amincie, bleuâtre, les ecchymoses de MM. Derville-Monestié ont un caractère capital. Leur sécheresse, leur résistance à l'ulcération, leur délimitation et leur teinte les différencient des parois amincies des abcès.

La mollesse toute spéciale des lésions non ulcérées devra aussi attirer l'attention. Ce signe est moins bon que les précédents, puisque en général ce sont au contraire des tumeurs dures, mobiles ou adhérentes qui sont les premières manifestations de l'actinomycose.

L'absence de fièvre est un bon signe; bien qu'incertain, il ferait défaut dans la forme anthracôïde.

L'hyperesthésie est signalée dans un grand nombre d'observations: elle serait un excellent signe, surtout dans les formes

ulcérées à type de lupus où le diagnostic clinique est souvent impossible.

L'hémophylie est aussi tout à fait remarquable, le malade a des hémorrhagies au moindre sujet, et surtout au niveau des lésions cutanées.

De même que le mercure sert au diagnostic des lésions syphilitiques, l'iodure peut donner de fortes présomptions dans le cas d'actinomyose. Il amène des suppurations multiples et, dans certains cas, il fait apparaître les grains caractéristiques. La lésion opérée par M. Sainton ne donna rien avec l'iodure, elle était trop ancienne ; dans ce cas, on devrait tenir compte de la moindre augmentation dans la quantité du pus éliminé. Dans les lésions non ulcérées, au bout de trois jours la régression était tout à fait visible : il aura une importance capitale chaque fois qu'il s'agira de lésions profondes sous-cutanées.

En résumé, les lésions non ulcérées cutanées ou cellulocutanées seront reconnaissables par leur aspect, leur disposition, leur sécheresse, leur vascularité, l'hyperesthésie avoisinante et souvent la présence de grains actinomycosiques.

En faveur des lésions sous-cutanées, dureté et mollesse se rencontrent, ainsi que la mobilité ou l'adhérence. La ponction avec une aiguille fine peut donner du pus sans caractère ou rien qu'un peu de sérosité, les grains d'actinomyose étant, en général, très volumineux dans ces tumeurs. Si celles-ci ne sont pas des abcès dus à des infections secondaires, l'absence de pus ou son peu d'importance, l'hémorrhagie provoquée par l'ouverture au bistouri pourrait faire songer à l'actinomyose : à plus forte raison si on trouve des grains caractéristiques.

Dans les formes ulcérées récentes, l'iodure pourra servir au diagnostic. Dans les formes anciennes, le microscope seul tranchera la question, à moins que l'on ne tombe sur des formes

combinées ou presque typiques comme la forme anthracôïde. Le nombre des fistules est des plus variables, la dureté n'a rien de typique, les sillons et les bosselures peuvent manquer. L'absence presque totale de suppuration et la richesse des teintes sont deux bons signes. Quand l'iodure est administré il augmente la quantité de pus, agrandit certains ulcères. Dans ceux-ci dominent le jaune et le gris ardoisé.

Les douleurs spontanées peuvent faire défaut ; les douleurs provoquées sont très vives, surtout quand la partie superficielle du derme est atteinte.

Les meilleurs signes de lésions actinomycosiques sont donc : les grains d'actinomyose, les cuticules bleuâtres et les ecchymoses de Derville, la rareté du pus, l'hémorrhagie facile, l'hyperesthésie et la richesse des teintes dans les lésions, liés à la marche chronique de l'affection et à l'apyrexie complète dans tout cas d'actinomyose pure.

CHAPITRE VII

Traitement et pronostic.

Traitement.

Différents traitements ont été successivement préconisés contre l'actinomycose. Celui qui, aujourd'hui, réunit tous les suffrages est le traitement ioduré. Indiqué par Fürthmeyer en 1885, vulgarisé par Thomassen en 1889, il est aujourd'hui employé dans toutes les formes d'actinomycose.

Notre malade a subi le traitement sanglant puisqu'il fut opéré par M. le docteur Sainton, et le traitement ioduré.

L'incision et le grattage ont donné de beaux résultats qu'ils fussent employés seuls ou suivis de cautérisations. Dans les formes localisées ils ne peuvent être qu'excellents puisqu'ils ont des chances d'enlever la totalité du mal. Le danger est de laisser du mycélium et alors on voit se produire ces récidives circulaires dont nous avons pu observer un fort bel exemple. Dans notre cas il était impossible d'enlever le tout puisque la source en était aux poumons.

Notre malade a suivi le traitement ioduré à deux moments différents : avant l'opération et après que le diagnostic eut été

établi. Nous ne l'avons observé que dans ce dernier cas et voyons comment se sont comportées les lésions :

Parmi les lésions cutanées ce sont les lésions vésiculeuses qui ont disparu les premières et pas d'autres. Dans certaines des vésicules du dos nous avons fait avec la seringue de Pravaz une injection d'une solution iodo-iodurée. Cette injection était horriblement douloureuse et faisait souffrir le malade longtemps après : nous n'en avons obtenu aucun bénéfice. En tant qu'actinomyose les lésions pouvaient être guéries, mais comme lésions cutanées elles ne l'étaient pas. Les vésicules voisines avaient complètement disparu alors que celles traitées par les injections restaient à l'état de croûtes noires et adhérentes. Avec environ soixante-quinze centigrammes d'iodure par jour les lésions vésiculeuses non touchées guérissent en trois semaines environ, il en est de même des lésions cellulo-cutanées non ulcérées. Les tumeurs sous-cutanées disparaissent plus rapidement, en quelques jours. Les macules du dos eurent le même sort et si la plaqué erythémateuse du sternum résista, les ulcérations qu'elle portait ont dû jouer un grand rôle dans cette ténacité. Pour donner une idée de la marche rapide de ces lésions sous l'influence de l'iodure, il suffit de dire que les lésions vésiculeuses avaient, trois jours après l'inauguration du traitement, perdu une partie de leurs caractères.

Les ulcérations demeurées superficielles ont guéri. Les fistules ont résisté avec de légères modifications dans leurs diamètres : augmentation ou diminution. Les ulcérations profondes ont eu souvent une marche phagédénique remarquable. Nous avons essayé de les toucher avec la solution iodo-iodurée, avec le nitrate d'argent, rien n'y a fait ; elles ont progressé très vite, puis sont demeurées stationnaires. Peut-être alors auraient-elles retrecédé comme il est d'usage dans les lésions cutanées.

En résumé les lésions non ulcérées ont guéri sous l'influence

de l'iodure en moins d'un mois. Les ulcérations ont présenté une résistance variable et qui augmentait avec la profondeur de la lésion.

Une coupe de peau prise dans la région dorsale droite et comportant les bords de l'ulcération décrite à la partie inférieure de la tumeur, montre des lésions actinomycosiques guéries surtout à la partie inférieure du derme : les filaments myceliens se perdent dans les tissus sains comme désagrégés ; dans la partie plus profonde on voit des trainées de microbes étrangers et des tubes de mycelium en voie de désagrégation.

La présence de ces microbes expliquent la marche phagédénique des lésions qui les contenait et la résistance de ces lésions à la guérison que l'iodure amenait partout ailleurs. Ils conservent leur vitalité alors que le mycelium disparaît et on peut voir le moment où ils formeront à peu près seuls les fongosités des ulcères. Dans les cas d'actinomycose ulcérée, traités par l'iodure à l'intérieur et les topiques iodurés, la guérison s'obtient au bout de trois à quatre mois : les lésions non ulcérées disparaissent en un mois, du moins celles que nous avons observées ; car les lésions actinomycosiques avec induration périphérique nous semblent devoir être écartées, soupçonnées qu'elles sont d'infection secondaire microbienne. Par le traitement interne, l'actinomycose paraît guérie en quatre ou six semaines, on se demande si les topiques iodurés sont bien nécessaires pour combattre l'infection des ulcères et si, à ce traitement très douloureux, on ne pourrait suppléer par des antiseptiques aussi actifs et mieux supportés : comme la résorcine la chrysorabine, l'ichthyol, etc., préconisés par Staub.

L'iodure à l'intérieur reste le médicament de choix. Qu'il agisse autrement que dans un laboratoire et que dans les tissus il attaque directement le champignon, ou bien qu'il mette l'organisme en état de défense, il amène dans la zone cutanée une

guérison rapide de l'actinomycose. Il n'est pas sans inconvénients : si la suppuration des fistules, l'élimination des grains actinomycosiques ne présentent pas de grands dangers, il n'en est pas de même des vastes suppurations qu'il amène dans le tissu cellulaire. Il semble qu'en stimulant l'organisme, l'iodure stimule également tous les microbes pyogènes que le mycelium entraîne avec lui, de là des décollements énormes, des fistules intarissables : cette marche est bien différente de celle suivie par les tumeurs actinomycosiques cellulaires que nous avons vues évoluer. Il faut à l'individu une certaine force pour faire les frais de sa guérison.

Nous avons donné à notre malade de 7 ans qui était très affaibli, de 0,75 centigrammes à 1 gr. 50 d'iodure par jour, ce qui chez un adulte correspondrait de 2 gr. 25 à 4 gr. 50 environ. Encore l'enfant présentait-il un très petit volume et la dose était relativement forte.

Dans les formes ulcérées, le grattage nous paraît une excellente façon d'agir, il pourrait même être fait aussitôt le diagnostic posé avant de commencer le traitement ioduré. On éviterait ainsi l'effet de l'iodure sur le cœur, si le chloroforme ou l'éther devaient être administrés pendant l'opération et le médicament grâce à son action rapide empêcherait la propagation du mal tout en complétant l'œuvre du chirurgien. En dehors du grattage, tous les antiseptiques ne peuvent que donner de bons résultats, comme topiques contre l'infection microbienne beaucoup plus que contre l'actinomycose qui se dérobe dans les tissus.

Nous laisserons de côté le traitement électro-médical de M. Gautier comme étant d'une application peu facile et ne semblant pas présenter des avantages bien marqués sur l'iodure pris à l'intérieur.

Pronostic.

L'actinomyose cutanée isolée présente des lésions, qui non seulement peuvent mais doivent guérir quel que soit le moment où le diagnostic est posé. Notre malade présentait des lésions dans la moitié du dos, dans la poitrine, sur le cou, dans l'aisselle gauche, sur le crâne, et quand il est mort la majeure partie de ces lésions avaient disparu, bien que la cachexie fût déjà très avancée au moment où le traitement fut commencé.

Il est mort non d'actinomyose mais d'épuisement consécutif à une pleurésie purulente gauche.

Cette affection est essentiellement chronique, elle laisse donc tout le temps d'agir : les malades ne se font généralement soigner qu'au bout de cinq à six mois, inquiets qu'ils sont de voir progresser l'affection dont ils sont porteurs. C'est dans cette progression que réside le danger lorsqu'elle envahit le tissu cellulaire ou que le champignon se développe dans les viscères.

Bien que l'actinomyose cutanée ne présente en soi aucun danger, il importe de poser le diagnostic le plus rapidement possible et de recourir immédiatement au traitement ioduré.

CHAPITRE VIII

Conclusions.

L'actinomycose cutanée présente trois formes principales :

I. — La forme non ulcérée qui comprend :

1° Les formes cutanées proprement dites vésiculeuses et érythémateuses, ces dernières divisées elles-mêmes en érythémateuses proprement dites et en maculeuses.

2° Les formes sous-cutanées lipomateuses et indurées.

3° La forme cellulo-cutanée.

II. — Les formes ulcérées qui sont superficielles ou profondes ; les ulcérations profondes peuvent l'être primitivement ou secondairement.

III. — Les formes associées variables à l'infini et dont les principales sont : la forme Derville-Monestié, la forme anthracôïde et la forme gommeuse.

Les formes non ulcérées sont primitives : elles se présentent sous l'aspect de lésions qui, lorsqu'elles altèrent la surface cutanée, ont des caractères qui les feront reconnaître. Ces

formes guérissent rapidement avec l'iodure de sodium ou de potassium.

Les formes ulcérées sont reconnaissables parce qu'elles contiennent des grains d'actinomyose : le microscope est le plus souvent indispensable pour les déceler. Ces formes sont secondaires : elles ne sont pas simples, car au champignon, s'ajoutent des germes nombreux, et ces infections secondaires donnent aux lésions une marche spéciale. Elles résistent assez longtemps à l'iodure, et présentent parfois une période d'aggravation apparente.

Les formes associées tiennent des deux premières : la présence de fistules et partant, de milieux microbiens, rend précaire l'existence des formes non ulcérées. Ces formes associées sont les plus fréquentes.

L'actinomyose progresse de trois façons : par envahissement progressif des tissus, par embolies vasculaires sanguines et lymphatiques. L'envahissement progressif des tissus et l'embolie lymphatique sont les voies que semble préférer l'actinomyose cutanée.

L'actinomyose cutanée est une affection essentiellement curable : les iodures en sont les médicaments de choix. Les iodures non seulement servent de moyens curateurs, mais ils peuvent aussi aider à établir le diagnostic. Ils paraissent devoir être employés seuls dans les formes non ulcérées et dans les formes ulcérées, il semble qu'en y ajoutant l'effet d'un grattage sérieux, on réduirait de beaucoup la durée de la maladie.

BIBLIOGRAPHIE

- Taburet.* — Thèse de Bordeaux, 1843.
Pollosson et Pauly. — Société des Sciences médicales de Lyon, 1843.
Rochet. — Thèse de Bordeaux, 1844.
Anderson. — Med. Chirurg. Transact., LXXV, page 103, 1844.
Jauhe. — Ann. med. du N., § 3, page 74, 1844.
Poncet et Dor. — Lyon Méd., 1852.
Lebert. — Traité d'Anatomie pathologique, 1853.
Legrain. — Ann. de Dermat et de Syphil., 1871.
Thiriar. — Merc. Méd., 15 juillet 1871.
Doyen. — Acad. de Méd., 1871.
Guermonprez. — Acad. de Méd., 1872.
Koposi. — Wiener Medicinische Wochenschrift, 1887.
Monod et Lucet. — Acad. de Méd., 1888.
Braatz. — Med. Woch., 1889.
Tilanus et Hohevey. — Cent. für. Bart, 1889.
Lurhs. — Inaug. Dissect. Gottingen., 1889.
Darier et Gauthier. — Soc. de Dermat., 1891.
Illich. — Thèse de Vienne, 1892.
Hartmann. — Thèse de Bordeaux, 1893.
Partsh. — Centralblatt. f. pracht. augenheilk., 1893.
Leser. — Centralblatt. Chirurg., 1893.
Meunier. — Acad. de Méd., 1893.
Pawlowsky et Maksontow. — Ann. de l'Institut Pasteur, 1893.
Dubreuilh et Sabrazès. — Soc. d'Anat. et de Physiologie de Bordeaux, 1893.
Netter. — Société Méd. des Hôpitaux, 1893.
Ziegler. — Munich. Med. Woch., 1893.

- Guermontez et Becue.* — Bibliot. Charcot, Debove, 1894.
Jirou. — Thèse de Lyon, 1894.
J. Pringle. — Brit. Med. Journ., 1894.
Staub. — Therap. Monats., 1894.
Monestié. — De l'Actinomycose cutanée, Thèse de Paris, 1895.
Poncet. — Gaz. hebd. de Méd. et de Chirurg., 1895.
Zechmeister. — Bulletin Médical, 1895.
Dubreuilh et Fréche. — Ann. de Dermat., 1895.
Poncet. — Lyon Méd., 1895.
Dor. — Lyon Méd., 1895.
V. Besse. — De l'Actinomycose cervico-faciale, Thèse de Lyon, 1895.
Quénol. — Thèse de Lyon, 1895.
Berard. — Lyon Méd., 1895.
Mosetig Moorhof. — Wiener Med. Presse, 1895.
Pringle. — Med. Chirurg. Trans., LXXVIII, 1895.
Tournier. — Vratsh, 1895.
Legrain. — Ann. de Dermat., juillet 1895.
Delerde. — Thèse de Lille, 1895.
Choux. — Arch. gén. de Médec., 1895.
Berard. — Gaz. des Hôpit., 1896.
-

Vu : par le Président,
DEBOVE.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :
GRÉARD.



Aspect des tumeurs dorsales.

D'après une photographie grandeur naturelle prise par M. Meheu sept jours après le commencement du traitement.

Les lésions sont considérablement modifiées : toutes les tumeurs sont affaissées, leur relief a parfois disparu. Un grand nombre de vésicules ont été ulcérées à la suite d'introduction de pipettes pour y chercher des grains d'actinomyose.

